

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

452

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Lucien MIQUEL

DE LA VALEUR NOSOLOGIQUE

DE LA

MALADIE DE DERCUM

Président : M. GAUCHER, Professeur.

LETULLE, Agrégé.

Juges : MM.

TEISSIER, Agrégé.

BROCA André, Agrégé.

*Candidat répondre aux questions qui lui seront faites sur les livres parties
de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. DEBOVE
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BEZANCON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR J. MIQUEL

Médecin-Inspecteur des établissements scolaires de Paris.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance filiale

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR PAUL DÉRIGNAC

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Médecine.

M. LE PROFESSEUR ROGER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉNÉTRIER

M. LE DOCTEUR MOREL-LAVALLÉE

Chirurgie.

M. LE PROFESSEUR POZZI

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTMANN

M. LE DOCTEUR GUILLEMAIN

Accouchements.

M. LE DOCTEUR BOISSARD

Hommage de profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

L'idée de cette thèse revient à notre maître, M. le Professeur Roger.

C'est à l'occasion d'un cas de maladie de Dercum, observé dans son service de la Charité, qu'il voulut bien nous engager à étudier cette affection encore si peu connue, et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons cherché à réunir un certain nombre de cas d'adipose douloureuse, pour les étudier et les comparer à ceux qui ont déjà été publiés.

Ayant remarqué que la plupart des malades atteints de cette affection, malheureusement incurable, étaient, après un séjour plus ou moins long dans nos hôpitaux, fatalement dirigés dans les divers hospices suburbains de vieillards ou de chroniques. Nous avons pensé que c'était là qu'il fallait diriger nos recherches.

C'est ainsi que grâce au concours et à la bienveillance des différents chefs de service de ces hospices et de leurs

internes, nous avons pu réunir à Ivry, à Brévannes et à Maison-Blanche, un certain nombre d'observations personnelles que nous reproduisons à la fin de ce travail.

Si nous avions pu passer en revue tous les vieillards ou infirmes de ces divers hospices, nous aurions certainement découvert un plus grand nombre de cas, mais des difficultés matérielles s'y sont opposées.

Nous avons dû nous contenter d'observer ceux de ces malades qui, dans le courant de l'année s'étaient signalés à l'attention des médecins par quelque affection intercurrente, et avaient été dirigés sur l'infirmierie. C'est en les soignant là que nous avons accessoirement découvert chez eux des signes d'adipose douloureuse.

En terminant nos études médicales, nous avons à cœur d'exprimer notre profonde gratitude à tous nos maîtres des hôpitaux de Paris, qui ont guidé nos premiers pas, et n'ont cessé de nous témoigner leur sympathie.

Nous exprimons tout spécialement notre reconnaissance à notre excellent maître, M. le Professeur Roger. Nous n'avons pas oublié avec quel dévouement il nous a initié à l'étude si intéressante des maladies contagieuses, pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être son externe à l'hôpital d'isolement d'Aubervilliers. Nous le remercions aussi pour les excellents conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la préparation de ce travail.

Nous adressons encore tous nos remerciements à M. le docteur Sainton, chef de clinique à la Faculté, et à

notre ami le docteur Simon, pour les précieuses indications qu'ils ont bien voulu nous fournir.

Que MM. A. Masson, Tassin et de Martel, internes des hôpitaux, reçoivent l'assurance de toute notre gratitude pour la parfaite obligeance avec laquelle ils ont bien voulu nous aider à rechercher les malades qui nous intéressaient.

Nous n'oublions pas, en terminant, de remercier notre collègue d'externat Wagner, et nos amis Lhuer et Dopfeld, qui ont bien voulu nous prêter le concours de leur talent pour l'exécution des dessins originaux qui accompagnent ce travail.

INTRODUCTION

Depuis les premières observations de Dercum, bien des travaux ont été publiés sur l'adipose douloureuse, et certains font envisager cette affection sous un jour bien différent de celui sous lequel elle a été décrite par le savant neurologiste de Philadelphie.

On avait été tout d'abord un peu surpris de voir qu'une affection si nettement caractérisée, ait pu être si complètement méconnue jusqu'à présent : « S'il est naturel, dit Cheinisse, que les progrès de l'exploration clinique aient révélés l'existence de nouveaux types morbides qui avaient pu échapper à l'attention des générations médicales moins bien outillées que nous le sommes, il y a lieu d'être quelque peu surpris de voir surgir brusquement une entité morbide, marquée par des phénomènes trop saillants pour pouvoir passer inaperçus. »

Les nombreuses observations publiées depuis quelques années, ont démontré ensuite que cette affection était loin d'avoir des caractères aussi nets et aussi tranchés, que sa symptomatologie était très variable, et qu'elle avait de grandes ressemblances avec d'autres états morbides voisins.

Convient-il bien alors d'en faire un type morbide spécial, et dans ces conditions, n'aurait-elle pas pu être entrevue déjà par nos prédécesseurs ?

Nihil novi sub sole, dit le proverbe Latin.

C'est vrai, rien n'est nouveau, surtout en pathologie, et si les anciens ne parlent que de l'obésité, c'est parfois une obésité un peu spéciale qu'ils décrivent, et qu'ils semblent considérer comme un état morbide.

Nous trouvons dans l'Histoire et dans les écrits des médecins des premiers siècles des faits qui justifient cette hypothèse.

Le célèbre médecin grec Galien, parlant de Nicomaque de Smyrne, dit que son corps étant parvenu à une grosseur extraordinaire, le faisait beaucoup souffrir et l'empêchait de se remuer.

Epaminondas, général Thébain, fut un des hommes les plus gros de l'antiquité. On raconte que trois hommes pouvaient à peine embrasser son corps.

Le roi de Macédoine, Démétrius Poliorcète, après avoir soumis la Grèce révoltée, fut envahi par l'adipose, et tomba dans l'imbécilité.

Les médecins latins ne rapportent pas grand chose concernant l'obésité ; mais l'histoire nous apprend que les empereurs romains de la décadence, jouisseurs grossiers et sédentaires, contractèrent un embonpoint malsain. Néron faillit en prendre le goût des débauches et de la férocité, et Vitellius dut aux vertus thérapeutiques des sources limpides de la Gaule de se guérir des manifestations naissantes de l'arthritisme.

L'obscur lignée des rois fainéants exhiba sur des chariots grossiers des masses de graisse débordantes.

Les rois d'Angleterre, Guillaume I^{er} le Conquérant et Henri VIII furent célèbres par leur corpulence.

On raconte à ce sujet une anecdote : Philippe, I^{er} fit demander un jour fort malicieusement à son cousin le roi Guillaume, affligé d'une forte obésité, quand il accoucherait. Celui-ci prit mal la plaisanterie et répondit que le jour des relevailles il se présenterait à Notre-Dame de Paris, avec dix-mille lances en guise de cierges. La mort l'empêcha de tenir sa parole, car il succomba accidentellement après avoir saccagé Mantes.

L'art lui-même nous démontre que la polysarcie a attiré l'attention des générations précédentes.

La peinture s'est souvent attardée à rendre les beautés replètes. C'est le distinctif de l'Ecole flamande avec ses Rubens et ses Franz Halls, c'est celui aussi de notre période révolutionnaire, et de toute l'époque de David dont les tableaux de femmes grasses et replètes affirment la lamentable dégénérescence de la bourgeoisie de 1840.

Comment se fait-il alors qu'on n'ait pas remarqué plus tôt l'association de l'adipose et de la douleur pour en faire un ensemble morbide spécial ? Cela ne pourrait guère s'expliquer que par la rareté du fait. Mais il est beaucoup moins rare qu'on ne le supposait au début. La preuve en est dans la quantité très notable d'observations qui se sont accumulées sur cette question depuis ces dernières années.

Malheureusement, cette affluence de faits et de documents nouveaux, n'a pas apporté la lumière.

Il reste encore à élucider bien des points de l'affection; notamment la pathogénie et l'étiologie que l'on ne connaît pour ainsi dire pas. C'est ce que nous nous proposons de tenter dans ce travail, trop heureux si nous pouvons apporter notre modeste contribution à l'étude encore si peu connue des adiposes d'origine nerveuse.

HISTORIQUE

Dercum, professeur de neurologie à la Faculté de Philadelphie, décrivit pour la première fois, en 1888, l'adipose douloureuse.

Il en faisait un type morbide spécial, nettement déterminé, dont il communiqua la description au Congrès de neurologie de Washington, sous le titre de : *Dystrophie du tissu connectif sous-cutané du bras et du dos associés à des symptômes analogues à ceux du myxœdème*.

Plus tard, mieux inspiré, il abandonna le terme de dystrophie, qui était inexact pour désigner une affection consistant surtout en une hypertrophie, et proposa la dénomination d'adipose douloureuse, qui, depuis, a été adoptée. Cette désignation plus simple et plus heureuse, avait l'avantage en outre de faire ressortir les deux principaux symptômes de ce nouveau type clinique : la surcharge graisseuse et la douleur.

Depuis, Dercum dans des publications ultérieures, s'est attaché à préciser les symptômes et l'anatomie pathologique de l'affection qui porte maintenant son nom.

Ce n'est que deux ans après ces premières communications, que d'autres observations furent publiées :

En 1891, *Henry*, médecin de l'hôpital de Philadelphie, cite le cas d'une femme de 63 ans, dont l'histoire clinique se rapproche de la maladie décrite par Dercum ; mais il compare l'affection dont elle est atteinte au myxœdème et lui donne le nom de « paratrophie myxœdémateuse ». L'autopsie de cette malade fut faite plus tard par Dercum lui-même.

En France, la première observation publiée semble être celle de *Morlot* et *Gallots*, en 1894, sous le nom d'« Adipose localisée d'origine trophonévralgique ».

C'est aussi la première observation qui relate l'évolution de l'adipose douloureuse chez l'homme.

Mais c'est seulement en 1898 que M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, eut le mérite de faire connaître cette affection en France.

Il étudia le développement de l'adipose douloureuse chez deux femmes hystériques, en déterminant le diagnostic et préconisa le traitement hydrothérapique.

M. Féré fit remarquer que « le plus souvent la coïncidence des deux symptômes caractéristiques : adipose et douleur, ne s'est pas établie d'emblée, que le développement de la graisse et de la douleur s'est fait successivement, et que la plupart des autres symptômes ne leur sont qu'accidentellement associés ».

Presque en même temps, paraissent, à Philadelphie, les travaux de *Collins*, qui, dans son *Traité des maladies nerveuses*, rapporte six nouveaux cas ; d'*Eshner*, qui signale le rôle du traumatisme comme cause déter-

minante ; et de *William Spiller*, rapportant également de nouvelles observations.

En Allemagne, paraissent les travaux d'*Ewald*, qui, le premier, essaie la médication thyroïdienne.

En Italie, *Giudiceandrea* étudie la pathogénie de l'affection et la range dans le groupe des trophonévroses.

En Angleterre, *Hale White* relate le début précoce de la maladie chez une femme de 22 ans.

En 1901, les observations se multiplient, surtout en France, et, dans la *Revue neurologique*, paraissent successivement les observations de MM. *Achard* et *Laubry*, *Simionesco*, *Heitz* et *Renon*, *Roux* et *Vitaut*. Il est à remarquer que ces auteurs emploient tous la médication thyroïdienne, semblant ainsi admettre l'origine glandulaire de l'affection.

En 1902, *Roux*, de Saint-Etienne, signale la coïncidence de l'adipose douloureuse avec le goître exophtalmique ; *Oddo* et *Chassy*, de Marseille, posent le diagnostic avec les nodosités rhumatismales. *Renon* et *Louste*, à Paris, publient les résultats d'une biopsie.

A l'étranger, *Dercum* et *Mac Carthy*, à la suite des lésions du corps pituitaire, trouvées dans une autopsie, battent en brèche la théorie thyroïdienne.

En 1903, des observations ont été publiées un peu dans tous les pays ; les dernières appartiennent :

En Amérique : à Alger, *Billings*, *Bochroch* et *Gordinier*.

En Italie : à Papi, *Pasquini*, *Salvatori*, *De Renzi*, *Cecchini*, *Colbertado*, *Minelli*, et *Silvestrini*.

En Allemagne : à Thimm, *Gudjohnsen* et *Strübing*.

En Autriche : à Rudinger et Weiss.

En Espagne et en Belgique : à Risquez et à de Buck.

En France, différents travaux ont vulgarisé la connaissance de l'adipose douloureuse : les thèses de Vitaut et de Sellerin, les articles de Cheinisse et de Sicard, la revue générale de Sainton et Ferrand, enfin les leçons cliniques de Debove et de Ballet.

Bien que ces travaux semblent consacrer l'autonomie de la maladie de Dercum, ils n'apportent rien de bien nouveau ou d'intéressant sur la question, qui, au point de vue pathogénique, reste toujours des plus obscure.

ETIOLOGIE

Les conditions étiologiques dans lesquelles se développe l'adipose douloureuse, paraissent être les suivantes :

Cette affection frappe presque exclusivement *la femme* ; sur 61 observations connues, sept seulement concernent des hommes, et encore nous ne comptons pas nos observations personnelles, qui toutes se rapportent à des femmes.

Elle apparaît de *40 à 60 ans*, par conséquent dans l'âge adulte ou la vieillesse. C'est très exceptionnel qu'elle survienne avant ou après ces âges ; cependant Hale White l'a observée chez une jeune fille de 22 ans, et Achard chez une femme de 79 ans.

Elle débute généralement *après la ménopause*, et en raison de cette coïncidence, on peut se demander si la perte de la fonction ovarienne, ne favorise pas dans une certaine mesure l'établissement de l'adipose (1).

(1) Ce qui le prouverait encore c'est l'apparition de la maladie de Dercum après la ménopause artificielle, consécutive à la castration.

L'hérédité directe ne paraît jouer aucun rôle dans la genèse de la maladie ; nulle part on n'a retrouvé l'adipose douloureuse chez les ascendants, par contre on a noté l'obésité.

Il n'en est pas de même de l'hérédité nerveuse qui, elle, joue un rôle étiologique manifeste. On retrouve fréquemment chez les ascendants ou les collatéraux des malades, des signes indéniables d'une perturbation plus ou moins grave du système nerveux.

Les uns ont, soit un père épileptique ou une mère hystérique ; les autres, soit un frère imbécile ou une sœur sujette aux attaques de chorée.

Certains de ces malades présentent eux-mêmes une tare nerveuse évidente ; et la preuve en est fournie par le grand nombre de cas de maladie de Dercum observés parmi les aliénés.

A défaut de troubles mentaux, ils ont souvent eu dans leur jeunesse des accidents nerveux tels que convulsions, terreurs nocturnes, mictions involontaires, crises de chorée ou d'hystérie qui suffisent amplement à démontrer l'existence du terrain névropathique.

Parmi les causes prédisposantes, on a signalé les différentes *intoxications* ; l'alcoolisme, le tabagisme, les poisons microbiens. La syphilis et la tuberculose ont aussi été incriminées, mais sans preuves suffisantes ; il en est de même pour la diathèse arthritique.

Le climat, aurait-il une influence sur le développement de la maladie de Dercum ? Les auteurs n'en parlent pas. Cependant la grande quantité de cas observés en Italie depuis deux ans, indique peut-être que ce cli-

mat chaud et humide convient particulièrement au développement des adiposes.

Comme cause déterminante on relève d'une façon presque constante le *traumatisme*. On ne s'explique pas bien quel peut en être le mécanisme pathogénique, et d'autre part on sait avec quelle facilité les malades rapportent au moindre choc la cause de tous leurs maux.

On pourrait le considérer comme une simple coïncidence, s'il n'était pas aussi fréquemment relaté (1), et si, dans certaines observations, il n'avait incontestablement provoqué l'éclosion d'accidents jusque-là insidieux.

On a encore mentionné, mais plus rarement, *l'accouchement* et les *maladies infectieuses*.

Telles sont les causes qui semblent déterminer l'éclosion de l'adipose douloureuse : Il n'est pas encore possible, actuellement, d'assigner à l'un de ces facteurs étiologiques, une importance primordiale, et il serait téméraire d'ailleurs d'affirmer l'origine de cette affection, en lui attribuant une cause déterminante quelconque.

(1) Nous avons trouvé un traumatisme dans les antécédents de presque toutes nos malades et dans la majorité des observations publiées.

SYMPTOMATOLOGIE

La maladie de Dercum, encore appelée adipose douloureuse, est caractérisée, comme cette dernière dénomination l'indique fort bien, par la formation d'un dépôt graisseux dans le tissu cellulaire sous-cutané, et l'apparition de phénomènes douloureux au niveau de ces néoproductions.

On peut diviser son évolution en deux périodes : une période de début, et une période d'état.

I

Période de début.

Le début peut être insidieux au violent :

Insidieux, le plus souvent, il consiste en légères douleurs, continues ou intermittentes, occupant un siège très variable. Peu intenses d'ordinaire, elle n'empêchent pas les malades de continuer à se livrer à leurs occupations habituelles.

Peu de temps après survient une légère rougeur de la peau, accompagnée d'une tuméfaction œdémateuse mal limitée.

Cette tuméfaction va se développer progressivement à mesure que les douleurs augmenteront d'intensité.

La maladie évoluera par poussées successives, chacune de ces poussées s'accompagnant de crises douloureuses paroxystiques d'une plus grande acuité. C'est seulement lorsque ces phénomènes inflammatoires du début auront disparu, que l'on constatera la formation d'une petite tumeur persistante.

Dans certains cas, les douleurs manquent, et le début passe complètement inaperçu.

Violent, plus rarement, le début peut affecter une allure aiguë, et s'accompagner de phénomènes généraux, tels que : fièvre, courbature, troubles digestifs. (Cas de Roux et Vitaut).

Dans un autre cas de Giudiceandrea, les phénomènes douloureux furent si intenses que l'on dut faire des piqûres de morphine.

La douleur est ordinairement le premier symptôme en date, cependant, il peut arriver qu'elle soit précédée par l'adipose.

Il faut reconnaître, d'ailleurs, que cette période est fort mal connue, les observateurs n'ayant occasion de rencontrer les malades qu'à une époque où l'affection est déjà confirmée.

II

Période d'état.

La description de la maladie confirmée, nécessite la division des symptômes qu'elle présente en deux grandes catégories :

Les symptômes cardinaux,
Les symptômes secondaires.

A. *Symptômes cardinaux*

Ils sont au nombre de quatre :

Adipose, douleur, asthénie, troubles psychiques.

1^{re} *Adipose*. — Elle est tantôt limitée, tantôt diffuse ce qui permet de distinguer deux formes :

L'adipose à forme nodulaire, et l'adipose à forme diffuse.

a) La *forme nodulaire* est caractérisée par la présence de petites tumeurs mobiles, douloureuses à pression, d'un volume variant de celui d'une noix à la grosseur d'une orange.

Leur consistance est molle, élastique, pseudo-fluctuante, et rappelle assez bien celle du lipome.

Nous avons vu comment se développaient ces tumeurs et comment elles succèdent au gonflement œdémateux du début, qui d'abord mou, durcit peu à peu et prend finalement la consistance de masse lipomateuse. Elles passent donc par les phases successives :

D'œdème mou, d'œdème dur, de nodosité.

Lorsqu'il se produit des poussées aiguës, la tumeur se limite moins bien, et n'est plus aussi mobile.

Elle est entourée par une sorte de zone œdémateuse qui la maintient et l'empêche de glisser sous la peau. Cette zone subira bientôt elle-même la transformation graisseuse.

La forme nadulaire est contestée par certains auteurs (Dide). En outre, on n'est pas d'accord sur la localisation et la disparition des nodosités.

Leur siège est extrêmement variable, c'est du moins ce que l'on constate en lisant toutes les observations.

On peut les voir avec autant de fréquence dans le dos, à l'abdomen, aux bras et aux cuisses. On n'en trouve ni à la tête, ni aux extrémités.

Debove (1) et Achard (2) considèrent la disposition symétrique des nodules graisseux, comme un des principaux caractères distinctifs de la maladie de Dercum.

Au contraire, Rénon et Heitz, dans leur communication à la Société de neurologie, s'appuient pour défendre leur diagnostic, discuté par M. P. Marie sur les deux signes suivants :

Existence de douleurs ; et *absence d'une symétrie absolue*, dans la disposition des masses adipeuses.

Sellerin, sans rejeter absolument la symétrie, déclare que cette disposition est exceptionnelle, et que « la distribution de la graisse est le plus souvent asymétrique ».

Enfin nous avons remarqué que dans beaucoup d'observations on n'en fait pas mention, il est probable cependant qu'elle existe, ainsi que le témoigne nettement l'inspection des figures qui y sont jointes.

Nous pouvons donc conclure que *la disposition to-*

(1) Debove. Adipose douloureuse. *Press. Méd.* 1901.

(2) Achard. *Revue neurologique*, 1901.

pogographique des tumeurs est extrêmement variable, et qu'au point de vue de la localisation une seule chose est certaine : c'est que les pieds, les mains, la face et le cou sont toujours respectés.

b, La *forme diffuse* présente un aspect tout différent : Comme la forme précédente elle débute par une sorte d'empâtement ou d'infiltration pseudo-œdémateuse qui subit lentement la transformation graisseuse.

Mais la forme et la disposition des masses adipeuses n'est pas la même. Ici elles occupent toute une région du corps, et englobent des membres entiers ou des segments de membres. Elles ont la consistance d'un œdème mou, dépressible, mais ne conservent pas l'empreinte du doigt.

Les principales localisations sont, par ordre de fréquence :

- Aux membres inférieurs ;
- Aux membres supérieurs ;
- A la région lombaire ;
- A l'abdomen.

Nous allons rapidement passer en revue l'aspect qu'elles présentent dans ces différentes régions.

Aux jambes et aux cuisses. — C'est là le siège de prédilection de l'adipose douloureuse, et c'est là aussi que l'aspect est le plus caractéristique.

Sur une hypertrophie généralisée, on voit se dessiner une série de mamelonnements, séparés par des dépres-

sions plus ou moins profondes, qui donnent aux cuisses une apparence capitonnée toute particulière (1).

Cette déformation se continue aux jambes ; elles sont entourées d'un véritable manchon adipeux, leur donnant l'aspect uniforme de poteaux. A la partie inférieure, elle se limite brusquement au-dessus des malléoles, par un bourrelet saillant, séparé lui-même du pied par un sillon très net. Au-dessous, le pied apparaît intact, avec ses dimensions normales.

Aux membres supérieurs. — La graisse est d'autant plus dense qu'on se rapproche davantage de la racine du bras. Elle débute au niveau du poignet, qu'elle entoure d'une sorte de manchette épaisse, s'étendant jusqu'au coude. A partir de cet endroit le volume du membre augmente considérablement, il devient une masse informe dans laquelle les saillies musculaires et osseuses disparaissent complètement. C'est ce que l'on nomme la « déformation en gigot. »

Parfois la graisse s'accumule à la partie postérieure du bras, sous forme de bandes allongées, au milieu desquelles la palpation permet de sentir quelques nodules plus consistants.

La main fait contraste, paraissant d'autant plus fine qu'elle est toujours indemne.

Au tronc ; c'est au niveau des ceintures scapulaires et iliaques que l'on a noté les masses graisseuses.

(1) Cet aspect est bien visible sur les dessins que nous reproduisons à la fin de ce travail.

Chez une malade de Dercum, « une tuméfaction épaisse s'étendait comme un bourrelet depuis l'angle supéro-interne de l'omoplate, jusqu'au dos, gagnant même la région lombaire. »

Le ventre prend souvent un fort développement qui fait ressembler ces malades à des obèses.

La peau de l'abdomen, distendue, forme un large pannicule adipeux qui pend comme un tablier au devant du pubis et des cuisses.

La face, de même que les extrémités est toujours respectée par la graisse.

Ces deux formes d'adipose peuvent exister successivement ou simultanément chez le même sujet.

La forme diffuse peut succéder à la forme nodulaire par la fusion de différents groupes de nodules.

De même, au milieu de nappes d'infiltration graisseuse, on peut découvrir de petites tumeurs plus consistantes et bien délimitées.

A côté de ces deux types cliniques, on place parfois des formes intermédiaires.

C'est ainsi qu'Achard et Laubry, ont décrit sous le nom de *forme légère* et Rénon et Heitz sous celui de *forme fruste*, des cas bénins de maladie de Dercum, qui semblent constituer un terme de transition entre les lipomes multiples ordinaires et l'adipose douloureuse.

Sellerin subdivise la forme diffuse en deux variétés :

L'une diffuse et localisée, l'autre diffuse et généralisée.

Le besoin d'une telle subdivision ne se fait pas sentir ;

la forme diffuse est très rarement localisée à un seul membre ou à un segment de membre, et cet auteur fait sans doute rentrer dans cette première variété des cas de trophœdème ou de pseudo-œdème catatonique.

Quant à la forme généralisée, elle n'existe pas, dans toute l'acception du mot, puisque un des principaux caractères de la maladie est justement de respecter certaines parties du corps, telles que la face, le cou, les mains et les pieds.

2° *Douleurs*. — Sont de deux sortes; spontanées et provoquées.

a) *Douleurs spontanées* : Précèdent ordinairement l'apparition de l'adipose. Nous avons vu que ce sont elles qui ouvrent la marche de l'affection.

Elles présentent certains caractères :

Leur *siège*, différent pour chaque sujet, est en un point déterminé des membres ou du tronc, avec irradiation tout le long du membre atteint. Elles ne suivent pas les trajets nerveux.

Leur *caractère* est très variable et diversement dépeint par les malades. Ce sont des sensations de contusion, de piqure, de brûlure, de froid, de fourmillements, d'élancements.

Elles surviennent le plus souvent à certains moments déterminés de la journée, par crises plus ou moins vives, quelquefois paroxystiques.

Ces douleurs sont rarement continues; elles sont séparées par des périodes de calme qui laissent le malade en repos jusqu'à la crise suivante, souvent plus vive et plus aiguë que la première.

L'état de l'atmosphère, l'abaissement de la température, les excès de régime, sont autant de causes qui provoquent l'apparition de phénomènes douloureux.

Ils sont exagérés par la marche et les mouvements actifs, les vêtements ; calmés par le repos complet et l'immobilité absolue au lit.

Evolution : Les douleurs ne constituent pas un « phénomène constant », elles peuvent faire totalement défaut (cas de M. P. Marie). D'autres fois elles sont intermittentes ou peu prononcées.

Ordinairement, au bout d'un certain temps, lorsque les tumeurs ont parcouru les divers stades de leur évolution, les souffrances s'atténuent peu à peu et finissent par disparaître. Le malade ne ressent plus de douleurs spontanées, il ne souffre plus que d'une façon provoquée lorsqu'on comprime les tissus.

b) *Douleurs provoquées* ; On les détermine en palpant profondément ou en pressant le tissu cellulaire entre deux plis de la peau.

La sensibilité varie avec les individus et suivant les endroits du corps où on la recherche.

Parfois, il est nécessaire d'exercer une pression un peu forte pour éveiller la douleur au niveau des nodules. D'autres fois, le simple contact superficiel de la peau est pénible.

3^e *Asthénie*. — Ce symptôme ne manque pour ainsi dire jamais, mais il est plus ou moins marqué. Les malades ne se plaignent tout d'abord que d'une sensation de faiblesse ; le moindre effort les fatigue, la marche

devient pénible et les oblige de s'asseoir au bout de quelques pas.

Puis la lassitude augmente peu à peu et, quand elle arrive à son plus haut degré, elle laisse les malades dans un état d'abattement physique et moral tel, qu'ils restent cantonnés au lit des journées entières, refusant de se lever.

L'asthénie est diversement interprétée par les auteurs. Quelques-uns, comme Houée, ne la considèrent pas comme un des signes essentiels de la maladie de Dercum et l'attribuent soit à la douleur, soit à l'abondance de l'adipose.

Les malades, disent-ils, évitent de se remuer parce qu'ils souffrent. On peut leur répondre qu'il y a des cas où les douleurs sont très peu vives et où cependant l'asthénie est très marquée. De même, il est certain que la surcharge graisseuse détermine une certaine impotence; mais nous ferons remarquer que le phénomène s'observe également dans les formes nodulaires les plus limitées.

4° *Troubles psychiques.* — Bien que fréquemment signalés, ces troubles ne sont pas constants; dans un certain nombre d'observations même, ils manquent totalement.

La plupart du temps, ils se bornent à un léger affaiblissement intellectuel, à une diminution de la mémoire et à des modifications de caractère : les malades deviennent taciturnes, irascibles, d'humeur acariâtre, et rendent la vie insupportable à leur entourage.

D'autres fois, ils sont plus accentués ; ils consistent en des idées de persécution, en dépression mélancolique et sont accompagnés d'insomnie, de cauchemars, d'hallucinations.

Dans un petit nombre de cas seulement, il existe de véritables troubles mentaux. On a signalé :

La démence alcoolique (Deny et Leplay) ;

La psychose épileptique (Ch. Féré. Hale White) ;

L'agitation catatonique (Dide et Leborgne) ;

La dépression morale et l'affaiblissement intellectuel (Ballet).

Et, encore, il y a lieu de distinguer les cas où l'adipose douloureuse a précédé l'apparition des troubles mentaux, de ceux où ils ont eu une éclosion antérieure ou parallèle à cette affection. Il est bien certain que des crises d'hystérie ou d'épilepsie survenues dans la jeunesse, ne peuvent être considérées comme manifestations précoces de maladie de Dercum.

Les troubles psychiques ne constituent donc pas non plus un groupe de symptômes bien déterminés, et il est très difficile de dire exactement quelle part leur revient dans la genèse de l'affection. Cependant, sans affirmer entre eux et l'adipose douloureuse une relation de cause à effet, on ne peut pas ne pas être frappé de leur coexistence fréquente.

B. Symptômes secondaires

A côté de ces quatre grands symptômes, il existe quelques signes de moindre importance, mais qui méritent

cependant d'être signalés : ce sont les troubles vaso-moteurs, moteurs, sensitifs, sensoriels et trophiques.

1° *Troubles vaso-moteurs.* — Les plus fréquents sont les *hémorrhagies*, et, parmi celles-ci, les *métrorrhagies*.

Les malades ont cependant passé l'âge de la ménopause, et, malgré cette particularité, elles se produisent tantôt régulièrement, mensuellement, tantôt irrégulièrement et avec une grande abondance.

Les hémorrhagies se manifestent encore sous d'autres formes : épistaxis, hématomèses, purpura, suffusions sanguines sous-cutanées. Celles-ci surviennent spontanément, sans causes apparentes, ou bien à la suite d'un léger traumatisme. Le moindre choc, une simple piqûre d'aiguille suffisent à les faire apparaître.

Les autres troubles vaso-moteurs que l'on peut observer consistent en varicosités de la face, rougeur et congestion du visage, cyanose intermittente des membres et principalement des orteils, signes dermographiques manifestes.

2° *Troubles moteurs.* — Sont peu marqués ou nuls. Les troubles de la marche et l'impotence plus ou moins complète, peuvent être attribués à l'asthénie ou à l'obésité, car on ne note pas d'atrophie musculaire. De plus, fait important, la force musculaire est toujours conservée (du moins dans toutes les observations où les auteurs ont fait des recherches dynamométriques sur leurs sujets).

Les réflexes tendineux ou musculaires sont le plus souvent normaux ; quelquefois on les a trouvés diminués.

3° *Troubles sensitifs*. — Nous avons étudié les phénomènes douloureux ressentis par les malades. Comme autres troubles de la sensibilité subjective, il peut encore exister des céphalées, des crampes, du prurit.

La sensibilité objective reste habituellement normale ; dans quelques cas, cependant, on a constaté des modifications de la sensibilité au contact et à la douleur (placards d'anesthésie ou d'hypéresthésie), à la température (diminution de la sensibilité thermique).

4° *Troubles sensoriels*. — Ils sont assez fréquents et indiquent une lésion des nerfs ; ce sont une preuve de plus de la participation du système nerveux.

On a observé des paralysies oculaires des muscles externes de l'œil et du rétrécissement du champ visuel. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont ordinairement conservés.

L'acuité auditive est fréquemment diminuée ; de plus, les malades se plaignent de sifflements et de bourdonnements d'oreilles pénibles et tenaces, accompagnés de vertiges et de bouffées de chaleur.

L'odorat et le goût ont été trouvés altérés dans un cas rapporté par Dercum, ordinairement, ils sont intacts.

5° *Troubles trophiques*. — Varient suivant les tissus : On a signalé l'atrophie du système pileux, se traduisant par une diminution de la quantité des cheveux et la rareté des poils du pubis.

Des modifications des téguments cutanés ; la peau s'épaissit au-dessus des nodules et des bourrelets adipeux qui entourent les membres. Il peut y avoir une véritable sclérodermie.

Des arthropathies multiples, rappelant, par leurs caractères les arthropathies tabétiques, et ne relevant pas du rhumatisme.

L'atrophie musculaire est exceptionnelle.

L'examen du sang n'a révélé aucune altération.

Celui des urines a montré une légère diminution du taux de l'urée ; les autres éléments étant en quantité normale.

Evolution. — Tels sont, brièvement exposés, les symptômes de l'adipose douloureuse. La façon dont ils apparaissent et évoluent reste encore bien obscure, et il faudrait, pour l'éclaircir, que l'on puisse suivre pas à pas et dans tous ses détails, un cas de cette maladie, depuis le début des premiers accidents, jusqu'au développement complet de l'adipose.

Personne, jusqu'à présent, n'a eu occasion de le faire, la maladie étant toujours diagnostiquée trop tard, alors que l'adipose est constituée. On est alors obligé de s'en rapporter aux commémoratifs, souvent erronés ou insuffisants des malades.

La seule chose que l'on sache d'une façon absolument certaine, c'est que l'adipose a une marche essentiellement chronique. La maladie dure des années, et le plus souvent, le sujet succombe, emporté par une affection intercurrente, à laquelle il est prédisposé par son inaction.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Dercum serait facile, si les principaux signes cliniques étaient constants et nettement établis, mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi. Tel symptôme donné comme caractéristique par certains auteurs est contesté par les autres ; ou bien il est si rare qu'on ne peut compter sur lui pour consolider et appuyer un diagnostic hésitant.

D'où provient ce désaccord entre les auteurs ?

C'est, comme nous le verrons plus loin, de l'insuffisance des théories pathogéniques, qui ne reposent sur aucune base sérieuse.

On a pu différencier facilement l'adipose douloureuse d'un certain nombre d'affections qui en sont très éloignées ; mais les distinctions que l'on a cherché à établir avec d'autres qui semblent présenter avec elle une communauté d'origine, sont tout à fait factices.

Nous étudierons successivement le diagnostic de chacune des formes cliniques de la maladie, nous réservant de le discuter surtout pour les affections présentant avec elle une grande analogie.

I. — **Forme diffuse**

Il paraît difficile de confondre cette forme avec les affections suivantes, qui ont des caractères bien différents :

1° — *L'éléphantiasis des arabes*, affection rare dans nos pays, ou elle ne s'observe que chez des individus revenant des colonies. Elle évolue par une succession de poussées aiguës accompagnées de fièvre et de douleurs.

L'œdème est dur, résistant et volumineux. Il transforme le membre atteint (généralement le membre inférieur), en une masse informe, et s'accompagne de modifications épidermiques d'un caractère tout particulier.

Elle prête donc peu à la confusion.

2° — *Le Myxœdème de l'adulte*, se distingue par les caractères suivants :

Gonflement localisé non douloureux, ne respectant ni les extrémités ni la face, au contraire, il y prédomine, et la bouffissure du visage est typique.

Troubles intellectuels, un peu analogues à ceux observés dans la maladie de Dercum, mais plus accentués ; généralement le facies est hébété, la physionomie stupide.

Atrophie du système pileux plus marquée également ; par l'état cassant des cheveux et des ongles.

Le début n'est pas le même ; il apparaît dans l'enfance

ou l'âge adulte tandis que l'adipose douloureuse ne se montre que dans la vieillesse.

Enfin l'opothérapie, qui a une action très contestable dans l'adipose, agit ici d'une façon remarquable.

3° — *L'obésité banale*, manque ordinairement des signes cardinaux de l'adipose douloureuse. Il n'y a ni douleurs ni troubles sensitivo-sensoriels ; et la répartition de la graisse est diffuse et généralisée à tout le corps, y compris la figure et les extrémités.

Cela ne veut pas dire que l'on ne pourra pas faire de confusions, et une femme qui, au moment de la ménopause, se mettra à engraisser en même temps qu'elle sera prise des différents troubles nerveux qui accompagnent parfois la cessation de la fonction ovarienne, pourra faire hésiter le diagnostic.

Néanmoins le fait de la généralisation de l'épaississement sous-cutané, et l'absence de crises douloureuses, permettra le plus souvent d'éviter une erreur.

4° — *Œdèmes nerveux*. Plus difficile est le diagnostic des maladies que nous allons maintenant énumérer : elles ressemblent à l'adipose douloureuse par bien des points et ne s'en séparent que par des différences peu accentuées.

Ainsi, les différents œdèmes nerveux qui surviennent chez les hémiplegiques et les hystériques, dans les affections médullaires uni ou bi-latérales, dans les névrites périphériques de causes toxiques et dans la maladie de Basedow, ressemblent singulièrement à ceux que l'on observe dans la première phase de la maladie de Dermum, qui est caractérisée comme on le sait par une infiltration œdémateuse.

Ce ne sont pas les caractères physiques de ces œdèmes qui permettront de les différencier de l'infiltration adipeuse, c'est seulement ce fait qu'ils se montrent chez des malades atteints de troubles nerveux bien caractérisés et classés.

5° — Le *Trophœdème chronique héréditaire*, décrit par H. Meige en 1899, présente les caractères suivants :

Comme l'adipose douloureuse, c'est un œdème chronique, dur, indolore, de coloration blanche, uni ou bilatéral, frappant notamment les membres inférieurs.

Mais il ne respecte pas les extrémités et se poursuit sans interruption depuis la racine des orteils jusqu'au milieu de la jambe.

Il n'a pas non plus la même consistance : il conserve l'empreinte du doigt, tandis que l'adipose douloureuse n'est pas dépressible.

De plus, c'est une affection congénitale, héréditaire et familiale, dont l'évolution est nettement chronique.

Elle dure toute la vie sans rétrocéder.

6° — Le *Pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique*, de Mathieu, est encore plus voisin de l'adipose douloureuse.

Il consiste en un gonflement œdémateux symétrique, atteignant les deux jambes, et s'étendant du genou à la cheville, avec conservation de l'intégrité des pieds.

Il apparaît après la ménopause, chez des femmes arthritiques, sujettes à la lithiase biliaire et à l'eczéma. Cet œdème s'accompagne de douleurs qui suivent ordinairement le trajet des troncs nerveux.

On voit que c'est tout à fait le tableau clinique de la maladie de Dercum, et l'on se demande vraiment si c'est

bien la peine de créer une entité morbide distincte, puisque aucun caractère essentiel ne différencie cette affection de l'adipose douloureuse.

7° — Le *Pseudo œdème catatonique* de Dide, se localise d'après cet auteur, à la face dorsale des pieds et à la partie inférieure des jambes. Rarement il occupe le dos des mains et la figure.

Il consiste en une infiltration élastique s'accompagnant de troubles trophiques, tels que : cyanose, asphyxie symétrique des extrémités, ecchymoses spontanées.

Dide déclare qu'il peut coexister avec l'adipose douloureuse.

Sa localisation spéciale le différencie de la maladie de Dercum, cependant il en paraît bien voisin puisqu'il peut coïncider avec elle.

II. — **Forme nodulaire.**

Cette forme n'a de réelle ressemblance qu'avec les lipomes symétriques, et elle se distingue aisément de la plupart des autres affections nodulaires avec lesquelles on a pu la comparer. Nous allons d'abord faire le diagnostic avec ces dernières.

1° — La *Neuro-fibromatose généralisée* (maladie de Recklinghausen) est une affection congénitale caractérisée par de petites tumeurs dures et fibreuses qui sont sous-cutanées ou situées sur le trajet des nerfs.

Elle ne respectent ni la face ni les mains, et sont rare-

ment douloureuses. La peau est recouverte de nombreuses taches pigmentaires.

Il existe de l'asthénie et des troubles psychiques, mais plus accentués que dans la maladie de Dercum.

2° — L'*Adéno-lipomatose* de Launois et Bensaude : Ici les productions graisseuses sont localisées au cou, à la nuque et à la région cervico-faciale, de sorte que la tête est entourée d'un énorme collier de tumeurs adipeuses. Quelques-unes aussi sont situées au niveau des régions lymphatiques.

Les caractères de l'empâtement sont tout à fait semblables à ceux de l'adipose douloureuse, mais la localisation si spéciale et si différente des tumeurs impose le diagnostic.

3° — L'*atrophie musculaire pseudo-hypertrophique* de Duchenne, est une maladie de l'enfance qui a des caractères très spéciaux :

L'hypertrophie siège dans les masses musculaires des mollets et des fesses. Le tissu cellulaire sous-cutané est absolument indemne. De plus on trouve une faiblesse très nette dans les groupes musculaires atteints.

La différence sera donc facile à établir.

4° Le *molluscum généralisé multiple*, est mou, indolent, pédiculé, et rarement localisé aux membres.

5° Les *gommes* ne sont jamais aussi nombreuses que les nodules adipeux, quelques-unes sont toujours ramollies ou ulcérées.

6° Nous citerons encore, mais sans nous y arrêter :

Les névromes plexiformes ;

Les nodosités de l'érythème noueux ;

Les dermatomyoses multiples ;

Les cysticerques ladriques ;

La sarcomatose cutanée, etc.

Pour toutes ces affections le diagnostic s'impose.

7° — La *Lipomatose symétrique douloureuse*. Il existe une variété des lipomes qui se développent symétriquement des deux côtés du corps (1) et dont la nature ressemble fort à celle des nodules de l'adipose douloureuse.

Les auteurs se basent pour les distinguer de la forme nodulaire de la maladie de Dercum, sur les caractères suivants qu'ils prétendent différents :

Le début lent et insidieux de ces lipomes.

Leur apparition dans la jeunesse ou l'âge adulte.

Leur consistance molle et leur délimitation peu nette.

Leur distribution rigoureusement symétrique.

L'absence de phénomènes douloureux.

Or, si nous comparons ces soi-disant signes distinctifs à ceux de la maladie de Dercum, nous constatons :

Que le mode de début, qui est insidieux pour les lipomes, l'est aussi pour l'adipose douloureuse.

Que si les lipomes apparaissent de 20 à 35 ans, tandis que la maladie de Dercum ne se voit qu'après 40 ans ; il faut tenir compte cependant que dans plusieurs observations de cette dernière maladie (Hale, White, William Spiller), les premiers symptômes se sont ma-

(1) Jeanselme et Bufnoir. Lipomatose symétrique. (*Soc. méd. hôp.*, 1898.). — Antony. Lipomes multiples et symétriques. (*Soc. méd.*, 1898.)

nifestés avant 22 ans. L'âge, d'ailleurs, ne saurait servir à distinguer seul deux états morbides.

Que rien n'est plus variable aussi, que la consistance et la forme des masses adipeuses, quelque soit le nom sous lequel on les désigne. Le lipome est mou, dit-on : c'est vrai, mais il l'est plus ou moins, puisque, d'après Mathieu (1), il passe avant d'arriver à son développement terminal, par les différents stades de :

Cedème névropathique, pseudo-lipome, lipome vrai : pendant lesquels sa consistance varie constamment.

De même nous savons qu'au cours de leur évolution, les masses graisseuses de l'adipose douloureuse subissent diverses transformations ; d'abord cedème mou, elles ne deviennent graisse qu'à la fin.

Sellerin (2) nous le dit fort bien : « On avait, au début la sensation d'un cedème dur sans limites précises, on trouve à la place une véritable tumeur qui, au bout d'un certain temps, paraît encapsulée. L'empatement du début a fait place à une tumeur graisseuse nettement circonscrite. »

La distribution, rigoureusement symétrique des lipomes ne peut pas non plus être invoquée comme différence, car justement nous avons vu, en étudiant la symptomatologie, que certains auteurs font de la symétrie des tumeurs un signe caractéristique d'adipose douloureuse. D'ailleurs, chez le lipome, cette disposition n'est pas toujours aussi rigoureuse qu'on le prétend : dans certains

(1) A. Mathieu. Lipomes symétriques d'origine névropathique. (*Gaz. hop.*, 1890.)

(2) Sellerin. *Thèse de Paris*, 1903.

cas (Queinnee) (1), il n'y a pas toujours un nombre égal de tumeurs des deux côtés, et elles ne se trouvent pas exactement aux points homologues.

Le grand argument en faveur de la distinction est la douleur: la maladie de Dercum est une adipose *douloureuse*, tandis que la lipomatose est indolore. Or, que devient cette distinction si on prouve que, d'une part, il existe des lipomes s'accompagnant de phénomènes douloureux, et, d'autre part, que la douleur dans la maladie de Dercum est un élément variable qui, parfois, fait défaut?

C'est pourtant ce que nous trouvons signalé chez différents auteurs: Fieber (2), Mathieu (3), Bucquoy (4), Bouju (5), en même temps que: des manifestations arthritiques (rhumatismales ou rhumatoïdes), des arthropathies non rhumatismales, des douleurs névralgiques et des névrites.

La distinction que l'on a cherché à établir entre la lipomatose symétrique et la forme nodulaire est donc illusoire. Nous ajouterons encore, pour bien faire voir la similitude de ces deux affections, que l'on signale (Kottnitz) (6), chez l'une comme chez l'autre, l'influence

(1) Queinnee. Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et en particulier des lipomes circonscrits. *Thèse de Paris*, 1903.

(2) Fieber. Ein fall von lipoma multiplex symmetricum. (*Deutsche Zettsch. f. Chir.*, 1881, XIV).

(3) Mathieu. *Loco citato*.

(4) Bucquoy. Lipomes diffus multiples et symétriques. (*Sem. méd.*, 1891).

(5) Bouju. Lipomes d'origine nerveuse. *Thèse de Paris*, 1892.

(6) Kottnitz. Ueber symmetrisches Auftreten von lipom (*Deutsche Zeitchs. f. Chir.*, 1894).

du traumatisme et de la ménopause comme cause étiologique déterminante.

Pour résumer l'étude du diagnostic de la maladie de Dercum, nous pouvons dire :

1° Que la forme diffuse de cette affection est à rapprocher de la plupart de ces cas « d'œdèmes d'origine nerveuse et que l'on connaît aussi depuis peu de temps, et qui forment plusieurs catégories mal classées que l'on a tendance à diviser à l'infini. » (Sainton et Ferrand) (1).

2° Que la forme nodulaire a une telle analogie avec la lipomatose symétrique douloureuse, qu'il n'y a pas lieu de les différencier et d'en faire deux types morbides distincts.

« Elles ne constituent pas, dit Thimm, deux processus morbides différents ; c'est tout au plus si elles se distinguent entre elles de la même manière que les lipomes diffus et les lipomes circonscrits, au point de vue purement anatomique. »

Est-il possible, alors, d'individualiser l'adipose douloureuse et de tracer entre elle et les différents types morbides que nous venons d'étudier, une ligne de démarcation bien nette ? Nous ne le croyons pas, et nous nous demandons avec Cheinisse (2), « si l'attention des observateurs appelée sur la prédominance, tantôt d'un symptôme, tantôt d'un autre, ne les a pas égarés et fait décrire comme des affections diverses, une foule de cas trop

(1) Sainton et Ferrand. L'adipose nerveuse. (*Gazette des hôp.*, 1903).

(2) Cheinisse. L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum. (*Sem. méd.*, 1903).

peu différents les uns des autres pour constituer chacun une entité morbide. »

Nous allons voir maintenant si l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, va nous montrer des différences essentielles entre tous ces états pathologiques mal classés cliniquement, ou bien nous confirmer qu'ils ne constituent que des variétés d'une même affection, reconnaissant les mêmes causes et déterminées par les mêmes lésions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Les recherches anatomiques et microscopiques qui ont été faites sur la maladie de Dercum, sont peu nombreuses. Elles consistent en biopsies et autopsies.

1° Anatomie microscopique des nodules graisseux.

Un certain nombre d'observateurs ont pu pratiquer des biopsies chez leurs malades et étudier la structure histologique des masses lipomateuses.

Dercum, dans trois cas, fit des prises de graisse à l'aide d'un gros trocart ; dans un de ces cas, il put même suivre, en pratiquant des ponctions à différentes reprises, l'évolution des masses adipeuses à leurs divers stades de développement.

Voici les résultats qu'il obtint :

Une première préparation histologique montra les fragments graisseux constitués par de grandes cellules fusiformes avec gros noyaux, et pas de cellules graisseuses.

Une deuxième révéla du tissu conjonctif peu abondant, englobant des cellules adipeuses.

Dans une troisième préparation, on vit du tissu conjonctif réticulé et quelques éléments vasculaires et nerveux. Au milieu des aréoles connectives étaient emprisonnées des cellules graisseuses.

Dercum a pu suivre ainsi : « à l'aide des coupes successives, l'évolution anatomique des néoplasies à leurs divers stades de développement : gonflement œdémateux initial, transformation adipeuse, sclérose terminale ». (Sellerin) (1).

Vitaut à Lyon, Louste à Paris, ont confirmé les constatations de Dercum.

Dans le cas de Vitaut, on pratiqua l'ablation des nodules graisseux ; qui, à l'examen microscopique furent trouvés constitués uniquement par de la graisse.

Louste examina de la même façon un nodule prélevé à la cuisse, et ne le trouva constitué que d'aréoles de tissu conjonctif, englobant des cellules adipeuses.

La recherche des réactions de la graisse au point de vue chimique, n'a pas fourni de caractères particuliers, sauf que l'acidité libre est nettement inférieure à celle de la graisse normale.

En somme, l'étude des lésions locales ne nous apprend rien sur la pathogénie des accidents, elle ne fait que confirmer ce que la clinique nous avait déjà appris.

(1) Sellerin. *Loc. cit.*

2° Lésions organiques macroscopiques.

Au contraire, l'examen des différents organes à l'autopsie a révélé un certain nombre de choses intéressantes. Ces autopsies, malheureusement, sont très peu nombreuses : six seulement jusqu'à présent ont été pratiquées, dont trois par Dercum.

Dans toutes on a constaté, à l'examen des filets nerveux périphériques, une névrite interstitielle avec diminution et atrophie des fibres nerveuses dans les filets sous-cutanés, mais sans altération des gros troncs nerveux. Aussi Dercum assimile-t-il l'adipose douloureuse à une *polynévrite* : ce serait, d'après lui, un trouble trophique de même nature que les œdèmes, la sclérodermie et les altérations de la peau que l'on voit dans certaines névrites.

Mais cette explication pathogénique est notoirement insuffisante, en effet, Dercum lui-même signale quelque temps après, la dégénérescence des cordons de Goll à la région cervicale, et songe à l'hypothèse d'une lésion médullaire.

Burr signale à son tour une hydromyélie, avec des lésions de chromatolyse du groupe latéral externe des cellules de la moëlle.

Mais, d'autre part, Ballet dans son autopsie si complète n'a trouvé de lésions ni dans la moëlle, ni dans les racines, ni dans l'écorce cérébrale.

Ainsi les lésions du système nerveux central sont inconstantes, mais les lésions du système nerveux périphérique existent toujours.

Cela suffit pour inciter certains auteurs à créer une théorie nerveuse de la maladie de Dercum. Ils s'appuient aussi, d'ailleurs, sur les données de la clinique qui s'accordent à confirmer cette hypothèse. En effet :

Les formations graisseuses indiquent bien un trouble de la nutrition, et, par contre, de son grand régulateur, le système nerveux.

Les douleurs sont d'accord avec les constatations histologiques pour prouver l'altération des nerfs sous-cutanés et l'existence de névrite péri-axile. De même les troubles vaso-moteurs et trophiques.

Les troubles mentaux et l'asthénie sont encore des preuves de plus en faveur de troubles des grands centres nerveux.

Il y a donc un fait certain, c'est l'existence d'une névrite périphérique ; mais quelle en est l'origine et la cause ? C'est ce que l'examen des autres organes permet de supposer en partie.

En effet, Dercum a constaté dans les trois autopsies qu'il a pratiquées des *altérations du corps thyroïde* : hypertrophie avec infiltration calcaire ; atrophie avec nodules, tendant à l'hypertrophie de compensation, caractérisée par la distension des alvéoles par la matière colloïde.

Burr trouve des altérations identiques, avec conservation du volume normal de la glande.

Ballet signale une cirrhose diffuse de cet organe.

Aussi Roux et Vitaut, s'appuyant sur ces lésions anatomiques et sur la coexistence possible du goître exophtalmique, pensent-ils que la maladie de Dercum n'est qu'une forme particulière de perversion de la fonction thyroïdienne, probablement une hypofonction. Cette opinion se base encore sur la ressemblance des troubles cérébraux avec certains troubles observés dans le myxœdème, et sur le succès de la cure thyroïdienne dans certains cas.

Mais cette théorie a été critiquée par Ballet, qui trouve que les lésions du corps thyroïde ne sont pas constantes et que le traitement thyroïdien, s'il a fait maigrir quelques malades, fait aussi maigrir les obèses vulgaires qui ne présentent pas généralement de lésions du corps thyroïde.

On a donc cherché la cause des lésions dans d'autres glandes vasculaires sanguines.

Burr avait trouvé, en même temps que des lésions du corps thyroïde, une *dégénérescence gliomateuse du corps pituitaire*, avec hypertrophie.

Plus tard, Dercum et Mac-Carthy trouvèrent de nouveau l'hypophyse altérée ; il y avait un adéno-carcinome de cette glande avec amas de matière colloïde. L'infiltration néoplasique commençait dans la portion acineuse de la glande et se continuait dans la portion cérébrale. Les lésions de cet organe manquent dans les autres autopsies, elles n'existent donc que deux fois sur six, et sont insuffisantes pour édifier une théorie pathogénique.

Sicard (1), s'appuyant sur les *altérations de l'ovaire*, trouvées aussi par Burr, pense que la perte de la fonction ovarienne, qui survient lors de la ménopause, n'est pas étrangère au développement de la maladie de Dercum. Il cite, en effet, deux cas d'adipose douloureuse ayant apparu après la castration, et s'accompagnant des symptômes caractéristiques de cette affection. « Il nous semble donc, dit-il, que la pathogénie ovarienne doive être plus discutée à propos du syndrome de Dercum, qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Il n'est pas douteux que l'adipose douloureuse ne doit pas être confondue avec l'obésité banale et qu'elle forme bien un type à part. Mais nous nous demandons, encore une fois, si c'est bien une obésité toujours banale que celle qui peut survenir après la castration. »

Ce n'est certes pas une obésité banale : la preuve, c'est qu'elle s'accompagne le plus souvent des troubles de l'insuffisance ovarienne, décrits par Jayle (2), et qui ont, avec ceux de l'adipose douloureuse, une ressemblance frappante. Comme dans la maladie de Dercum, il consistent :

En modifications du caractère, états neurasthéniformes, troubles mentaux divers, asthénie neuro-musculaire, troubles de la nutrition (adipose), enfin en douleurs variées et en rachialgie.

C'est absolument le tableau de l'adipose douloureuse.

(1) Sicard. Deux cas d'adipose douloureuse, suite d'ovariotomie. (*Soc. Méd. Hôp.* 1903.)

(2) Jayle. Effets physiologiques de la castration chez la femme (*Revue de Gynécologie*, 1897, 1898, 1899).

Cette théorie est donc aussi vraisemblable tout au moins que les théories thyroïdiennes et pituitaires, et il est très rationnel que Sicard propose de donner de la glande ovarique aux femmes atteintes d'adipose douloureuse.

On a aussi invoqué les lésions du testicule, mais sans preuves bien nettes.

En somme, la maladie de Dercum est d'origine nerveuse, de même que toutes les autres lipomatoses que nous avons étudiées au chapitre précédent.

La pathologie et la physiologie nous fournissent encore des preuves que la production de la graisse est causée par l'altération du système nerveux :

Landouzy a signalé l'adipose du côté paralysé chez les hémiplegiques et aux membres inférieurs atteints de sciatique rebelle.

Poison et Mitchel ont rapporté des cas où la blessure du nerf sciatique et du trijumeau déterminèrent l'adipose localisée.

Mais quelle est la cause première de cette altération du système nerveux ?

On peut admettre, avec Ballet, une intoxication d'origine externe (alcool, tabac, poisons microbiens), ou plutôt une *autointoxication*, sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixés, mais qui provient du mauvais fonctionnement des glandes vasculaires sanguines, et déterminerait à la fois des lésions nerveuses périphériques et de l'encéphalopathie.

Il est difficile de dire s'il s'agit d'hypo ou d'hyperfonctionnement de ces glandes. Il est néanmoins impos-

sible de ne pas être frappé de l'altération de ces organes, puisqu'on les retrouve dans presque toutes les autopsies. On ne peut, en outre, s'empêcher de rapprocher ces lésions de celles que l'on trouve dans l'acromégalie et de rattacher par conséquent un certain nombre de cas de maladie de Dercum à la pathologie de l'hypophyse que l'on commence à soupçonner depuis quelques années seulement.

Or, c'est la même pathogénie que nous retrouvons esquissée d'une façon assez vague, pour expliquer les différents œdèmes ou lipomes qui ressemblent à l'adipose douloureuse :

L'origine névropathique des lipomes symétriques est invoquée par Mathieu (1) ; il attribue leur formation à « l'arthritisme qui est surtout une façon de nervosisme à déterminations vaso-motrices et œdémateuses ».

Meige (2) attribue le trophœdème à une lésion médullaire intéressant plus ou moins profondément l'axe gris. Il trouve, de plus, que cette affection « offre plus d'une ressemblance avec les manifestations œdémateuses, que l'on observe soit expérimentalement à la suite de lésions nerveuses, soit cliniquement, au cours d'affections neuropathiques anatomiquement définies ».

Pour le pseudo-œdème catatonique, l'existence d'un trouble cérébral primitif n'est pas douteux. Les lésions du corps thyroïde ou des autres glandes vasculaires

(1) Mathieu. *Loc. cit.*

(2) Meige. Trophœdème congénital (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889).

sanguines seraient alors « consécutives aux troubles de la circulation cérébrale ». (Dide).

Quant à la pathogénie du myxœdème, elle est parfaitement établie actuellement, et il est démontré que la destruction du corps thyroïde a un retentissement à la fois physique et mental.

Nous concluons donc qu'au point de vue pathogénique, comme au point de vue clinique, nous trouvons de grandes ressemblances entre la maladie de Dercum et toutes les autres lipomatoses d'origine nerveuse.

Il semble qu'il n'y ait pas lieu d'en faire des maladies différentes, mais de simples variétés d'une même affection dont elles représentent les différents degrés.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'adipose douloureuse n'est pas grave en ce sens que cette affection n'est pas mortelle. Mais si la maladie laisse une longue survie, comme le témoigne l'âge avancé auquel sont arrivés la plupart des malades, il faut bien dire aussi qu'elle n'est pas curable. Jusqu'à présent on n'a pas encore obtenu de cas de guérison, et tous les traitements employés ont une efficacité douteuse.

Ce que l'on peut lui reprocher, c'est de débilitier progressivement l'organisme et de diminuer sa force de résistance contre les agents pathogènes.

Et de fait, la mort survient le plus souvent à la suite d'une maladie intercurrente le plus souvent pulmonaire, cardiaque ou rénale, qui finit par emporter le malade.

En outre, il faut songer qu'au point de vue moral, cette maladie empoisonne l'existence des malades, en déterminant chez eux des douleurs, des modifications de caractères, des troubles psychiques, qui prennent parfois une importance telle qu'on est obligé de les interner dans des asiles d'aliénés. L'asthénie et l'adipose exagérée leur interdisent tout travail et les empêchent de gagner leur vie, les laissant souvent sans ressources.

Toutes ces considérations assombrissent le pronostic.

TRAITEMENT

Malgré la diversité des traitements employés contre l'adipose douloureuse, on n'est arrivé qu'à des résultats insignifiants. Quelques-uns ont provoqué une amélioration passagère des accidents, mais jamais la guérison n'a été observée.

Nous allons rapidement les passer en revue.

1° *Le traitement chirurgical* a été essayé dans la forme nodulaire. Le malade de Roux et Vitaut s'était fait extirper deux nodules et en avait éprouvé un réel soulagement. Un autre malade, cité par Féré, avait subi l'ablation de 80 tumeurs du même genre. Mais ces tumeurs se sont reproduites ; l'ablation ne supprimant pas la cause de l'hypertrophie graisseuse.

Ce n'est donc pas un traitement à proprement parler ; ce n'est qu'un procédé qui doit être réservé pour extirper quelques nodules plus douloureux que les autres.

2° *Traitement par les agents physiques.* — Parmi ceux-ci l'hydrothérapie est encore celui qui a donné les meilleurs résultats. S'il ne guérit pas, il améliore toujours l'état général et calme parfois momentanément les douleurs. On l'emploie sous différentes formes : Douches

tièdes à 34°, en pluie ou jet brisé ; douches froides pendant l'été ; douches de vapeur l'hiver ; bains chauds peu prolongés ; bains médicamenteux ; parmi ceux-ci les bains sulfureux ont souvent une influence favorable.

La *photothérapie* a été essayée en Russie par Kaplan et Fédorow, mais sans grand succès.

Le *massage* et la *compression des membres* ont donné quelques bons résultats à Dercum et à Spiller, mais les effets en ont été très passagers. Il y eut soulagement évident et diminution momentanée des douleurs.

3° *Traitement par les préparations médicamenteuses.* — Divers médicaments ont été préconisés dans l'adipose douloureuse, parmi les plus employés, citons :

Le salicylate de soude, l'antipyrine, l'aspirine, le pyramidon, administrés comme palliatifs, sans doute à cause de leurs propriétés analgésiques.

La *strychnine* a donné de bons résultats à Giudiceandrea, qui a observé une diminution de l'adipose, des douleurs, et une plus grande liberté des mouvements.

L'*arsenic* a été expérimentée par Roux et Vitaut sous forme de liqueur de Fowler. Ils obtinrent une légère amélioration : l'asthénie devint moins accentuée, l'état général meilleur, et les tumeurs diminuèrent légèrement de volume.

4° *Traitements opothérapiques.* — Un certain nombre d'observateurs se basant sur l'analogie de la maladie de Dercum avec le myxœdème ont eu recours à l'*opothérapie thyroïdienne*.

Ewald, le premier, essaya cette médication en 1895 ;

en six semaines il obtint une amélioration très sensible et son malade diminua de 9 kilog, 200. Mais les essais suivants furent moins heureux et beaucoup d'autres malades ne retirèrent aucun bénéfice de cette médication. Presque tous les auteurs, depuis, l'ont tenté avec plus ou moins de succès.

Chez deux de nos malades, nous même avons administré le corps thyroïde : toutes deux ont éprouvé une diminution ou une disparition momentanée de leurs douleurs, mais une seule a maigri. Au bout d'une semaine de traitement elle avait perdu un kilogramme.

On n'a pas encore essayé l'*opothérapie ovarienne* ; il serait cependant aussi logique de l'expérimenter que l'*opothérapie thyroïdienne* ; puisque de même qu'on a trouvé des lésions de la glande thyroïde, on constate aussi des lésions de l'ovaire.

De plus, l'apparition de l'adipose douloureuse après la castration, signalée par Sicard, devrait encourager encore à faire cet essai.

En résumé on voit qu'il n'existe pas de traitement spécifique de l'adipose douloureuse. Le clinicien sera donc obligé de se borner à soulager son malade et à relever son état général.

Pour arriver à ce but, c'est surtout aux agents physiques qu'il s'adressera, car il semble que ce sont eux, qui, jusqu'à présent, ont donné les résultats les plus satisfaisants.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations sont personnelles, sauf une qui nous a été bienveillamment communiquée par M. le docteur Sainton, chef de clinique à la Faculté.

OBSERVATION I

Florentine G..., couturière, 64 ans.

Entrée à l'hospice d'Ivry, le 9 juillet 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans d'un anévrysme de l'aorte.

Mère morte de pneumonie à 51 ans.

Deux frères et deux sœurs sont morts en bas âge.

Elle a eu deux enfants : une petite fille morte à quelques mois et une autre à 21 ans, de fièvres contractées à Port-Saïd.

Antécédents personnels. — Réglée à 10 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière. Ses couches ont été normales. La ménopause est survenue à 42 ans sans accidents.

A ce moment s'est déclaré une affection cardiaque pour laquelle elle a été soignée chez elle à différentes reprises, et à l'hôpital Necker il y a deux ans dans le service de M. Huchard. Pas d'antécédents rhumatismaux.

En outre elle a eu : un érysipèle de la cuisse il y a sept ans

et quatre crises de coliques hépatiques depuis son entrée à l'hospice.

On ne relève ni antécédents nerveux, ni hémorrhagies, ni traumatismes.

Début. — Depuis son entrée à l'hospice, c'est-à-dire depuis un an, se sont déclarées des douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs apparaissent le soir. peu de temps après qu'elle s'est mise au lit. Elles débutent brusquement par la jambe droite. gagnent la cuisse, puis la jambe gauche. La malade les compare à des coups de couteau ou à des brûlures. Leur intensité diminue peu à peu, et elles finissent par cesser complètement au bout d'une période de temps plus ou moins longue.

Quelque temps après, en faisant des frictions pour calmer ses douleurs, G... remarque l'existence de petites grosseurs particulièrement sensibles.

Elle nous déclare avoir toujours eu un certain embonpoint, mais uniformément réparti, tandis que maintenant l'adipose prédomine manifestement aux membres inférieurs et aux bras.

Les jambes sont le siège d'une légère infiltration oedémateuse, due sans doute, à l'affection mitrale dont elle souffre. Mais cet oedème paraît surajouté à du tissu graisseux, car le doigt ne laisse qu'une empreinte peu profonde, et non en rapport avec la tuméfaction énorme du membre.

Les pieds gros et courts sont séparés de la jambe par une ligne très nette. A la base du gros orteil, sur la face plantaire du pied gauche, on note une ulcération profonde ressemblant à un mal perforant.

Aux cuisses, l'adipose est très marquée mais plus diffuse, prédominant surtout à la région postérieure où l'on voit très nettement quatre grosses masses lipomateuses symétriques, étagées deux par deux. On remarque encore un gros nodule à la face interne, au voisinage de l'articulation du genou.

Aux membres supérieurs, l'aspect est semblable mais moins accentué. Les mains sont petites et respectées par la graisse.

Celle-ci apparaît au niveau des poignets sous forme d'un bourrelet circulaire, et gagne tout l'avant bras en s'atténuant insensiblement au niveau du coude.

L'adipose est encore plus marquée aux bras, surtout à la face postérieure où les chairs flasques et molles pendent lamentablement sous forme de grosse masse ballante, au milieu de laquelle on peut sentir de petits nodules plus consistants et très douloureux.

Le ventre, très développé, est celui d'une personne obèse; la cicatrice ombilicale est dépliée.

La douleur provoquée est très nette et bien localisée au niveau des nodosités.

La sensibilité est un peu augmentée; il y a une hyperesthésie générale. Les réflexes sont normaux. Pas de troubles psychiques; pas de modifications du caractère.

La mémoire faiblit un peu depuis quelque temps. Il semble qu'il y ait de l'asthénie; mais il est difficile de s'en rendre compte, à cause des accès de suffocation que provoquent sa maladie de cœur et qui la condamnent à rester au repos.

La force musculaire est faible. Le dynamomètre marque : 25 pour la main gauche, 22 pour la main droite.

Poids : 80 kilogrammes.

A l'examen des organes, on constate :

Au cœur, un rétrécissement mitral très net.

Aux poumons, quelques râles de bronchite.

Un foie volumineux et sensible à la pression.

Une rate et un corps thyroïde non appréciables.

Urines normales.

OBSERVATION II

Catherine L..., 83 ans.

Entrée le 7 décembre 1901 à l'hospice d'Ivry.

Cette malade a déjà été observée en 1901 à l'hôpital Tenon, par M. Achard, dans le service de qui elle séjourna dix mois. Dans l'intervalle elle fut envoyée à l'hôpital Beaujon et fit l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Debove (1).

M. Achard a publié le résultat de ses observations en collaboration avec son interne Laubry (2). Nous reproduisons ci-dessous l'histoire de cette femme telle qu'il l'ont donnée, en y ajoutant nos remarques personnelles et les modifications survenues depuis ces trois dernières années.

« *Antécédents héréditaires.* — Rien de particulier son père et sa mère sont morts à plus de 80 ans, sans avoir eu de maladies et sans avoir présenté d'obésité.

« Huit frères et sœurs ; sept sont morts, une sœur est actuellement âgée de 80 ans. A eu cinq enfants ; deux sont morts, peut être d'alcoolisme, trois sont bien portants.

« *Antécédents personnels.* — Fièvre typhoïde, à 23 ans, pneumonie à 38 ans.

« Il y a 15 ans à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion, elle entra à l'hôpital Tenon dans le service de M. Cuffer, pour une contusion de la hanche ; elle a conservé une légère faiblesse du membre inférieur gauche.

« A la suite de cet accident, elle eut des métrorrhagies qui survenaient irrégulièrement toutes les trois semaines environ, durant deux ou trois jours comme les règles, et qui ont cessé au bout de trois ans.

« En même temps, la malade commença à ressentir des douleurs, d'abord localisées à la cuisse qui avait subi le trauma-

(1) Cette clinique a été reproduite dans la *Presse Médicale* du 17 juillet 1903.

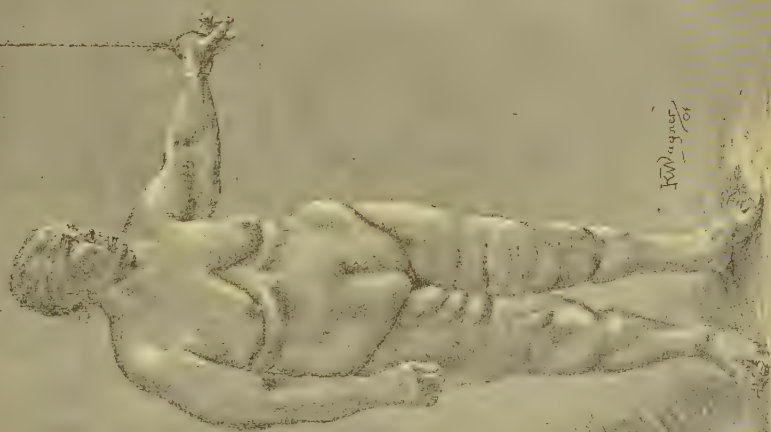
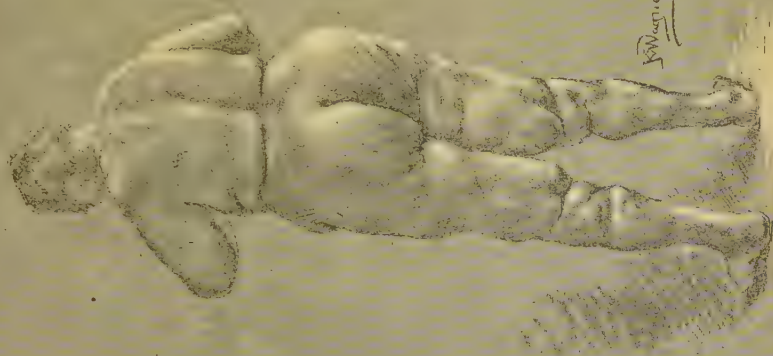
(2) Achard et Laubry. *Revue Neurologique*, juin 1901.

tisme, puis à la région lombaire, et qui, peu à peu, se sont généralisées, affectant surtout la continuité des membres. Elles étaient continues, avec de courts paroxysmes; mais elles restaient compatibles avec la marche et les occupations de la malade. Il y a six mois, ces douleurs sont devenues plus vives, s'exacerbant au moindre mouvement, déterminant une impotence complète, pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

« En découvrant la malade, on est frappé de son obésité, et surtout de la disposition des masses adipeuses, distribuées sur les membres et le tronc, en respectant les extrémités (mains, pieds) ainsi que la face.

« Aux membres inférieurs, elles forment des nodules diffus, du volume d'une grosse noix, au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, et s'étagent le long de la face postéro-interne de la jambe, sous forme de masses plus volumineuses, au nombre de quatre ou cinq, bien limitées transversalement par des sillons qui les étranglent comme des brides fibreuses, se confondant latéralement avec les tissus des faces antérieure et externe de la jambe. Aux membres supérieurs, elles manquent à la partie inférieure de l'avant-bras. Au coude, elles forment des bandes épaisses, mal limitées. C'est au bras surtout qu'elles sont développées, formant sur la face postérieure une masse volumineuse; adipose moins accentuée sur la face antéro-externe. Sur le tronc, l'adipose est assez uniformément répartie. On remarque cependant deux sillons, l'un au niveau des fausses côtes, l'autre parallèlement au pli de l'aîne.

« Les masses adipeuses présentent une consistance résistante, élastique. Elles sont fort douloureuses à la pression profonde qui détermine d'énergiques mouvements de défense, et qui arrache même des cris à la malade; douloureuses aussi spontanément. La marche provoque des douleurs, de même que toute contraction musculaire; au contraire, les mouvements passifs se font sans difficulté ni douleurs. Pas de craquements, ni de déformations articulaires. Pas d'atrophie musculaire. La station debout a lieu sans difficulté. Les réflexes rotu-



liens sont énergiques, surtout à gauche. Les réflexes plantaire, pharyngien, cornéen sont conservés.

« La sensibilité au contact est conservée; elle a même une acuité très vive aux membres inférieurs, sauf à la partie supéro-externe de la cuisse gauche où elle est un peu affaiblie. Sensibilité à la douleur conservée; un peu d'hyperalgésie au niveau des masses adipeuses. Sensibilité thermique normale.

« Pas de troubles de la vision, sauf quelques mouches volantes et autres sensations subjectives sans importance. Légère diminution de l'ouïe. Pas de troubles intellectuels, malgré le grand âge de la malade. Aucun trouble cardiaque.

« La palpation du cou ne permet pas de délimiter le corps thyroïde. Un peu d'emphysème pulmonaire et quelques frottements à la base gauche. Epistaxis depuis quelques mois; constipation; l'appétit est diminué et il se produit quelques vomissements pituiteux. Les urines, pendant les premiers jours, sont rares (500 cc. par 24 heures); ni sucre, ni albumine. Puis elles augmentent de quantité, dépassant un litre. Taille, 1 m. 50. Poids, 80 kilog. 500. »

Etat de la malade le 29 mai 1904. — Nous retrouvons la malade à l'hospice d'Ivry, où elle fut placée peu de temps après avoir quitté l'hôpital Tenon.

Elle pèse toujours à peu près le même poids (81 kilog.), mais elle prétend être moins impotente qu'autrefois, elle va et vient et circule pas mal étant donné son grand âge. Le traitement qu'on lui fait suivre ici (bains sulfureux, corps thyroïde), lui fait beaucoup de bien, d'après ce qu'elle dit.

L'embonpoint du corps a peut être augmenté un peu, mais les membres auraient diminué de volume. Nous avons pu la photographier, et les dessins que nous reproduisons (fig. 1 et 2) montrent, d'une façon très nette, la tuméfaction caractéristique des jambes, l'aspect capitoné des fesses et des cuisses, et la déformation typique du bras « en gigot ».

Le ventre qui est bilobé, pend comme un tablier au devant du pubis.

Les mesures circonférencielles des différents segments du corps sont les suivantes :

Malléoles.....	26 cent.	de circonférence.
Mollet.....	39	—
Cuisse (milieu).....	57	—
Poignet.....	16	—
Avant-bras (milieu)...	25	—
Bras (milieu).....	39	—
Tour de taille.....	93	—

Les douleurs spontanées se manifestent actuellement sous forme de douleurs arthralgiques très vives occupant toutes les articulations et principalement les épaules.

Les troubles nerveux consistent en une sorte de tremblement qui la prend de temps en temps à l'improviste, et dure quelques minutes sans que rien puisse la calmer.

La force musculaire est légèrement diminuée. Le dynamomètre marque :

- 16 pour la main droite,
- 12 pour la main gauche.

OBSERVATION III

Berthe G..., 43 ans, infirmière.

Entrée à la Charité le 29 mars 1904, dans le service de M. le docteur Roger, pour de l'enflure des jambes et des douleurs dans les membres et les articulations.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans d'apoplexie cérébrale.

Mère âgée de 68 ans, très rhumatisante.

Deux frères et deux sœurs sont vivants et en bonne santé.

Une des sœurs a un enfant sourd-muet.

Elle a eu quatre enfants : l'aîné est mort accidentellement ; les trois autres n'ont jamais été malades.

Antécédents personnels. — Régée à 14 ans, G..., eut à ce moment des crises nerveuses ressemblant d'après le récit qu'elle en fait à des accès hystériques. Elle tombait subitement sans connaissance, à la suite d'une contrariété, se débattait et se roulait par terre, mais sans écumer et sans se mordre la langue.

Ces accès duraient environ un quart d'heure et la laissaient ensuite très fatiguée.

Ils ont duré jusqu'à 17 ans, époque à laquelle elle s'est mariée ; depuis ils ne se sont pas reproduits.

Elle a été traitée longtemps par l'hydrothérapie et les bromures.

A l'âge de 22 ans, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'épaule droite, puis a souffert de névralgies sciatiques à la jambe gauche et d'hydarthrose.

Il y a quatre ans elle est rentrée à différentes reprises à la Charité pour des accès de coliques néphrétiques.

Notre malade a toujours ses règles, qui sont régulières et normales.

Ses couches se sont toujours bien passées, mais elle a fait deux fausses couches, de 3 et 6 mois, à la suite d'imprudences.

Pas d'hémorrhagies à signaler.

A son entrée dans le service elle présentait des troubles urinaires, indiquant un certain degré de cystite : urines rares et foncées, chargées, d'odeur forte, et un peu de douleur à la miction.

On lui a fait depuis des lavages de vessie qui l'ont beaucoup soulagée.

Examen de la malade. — Le début de la maladie remonterait à trois mois avant son entrée à l'hôpital.

Elle remarqua tout d'abord que ses forces diminuaient,

qu'elle était facilement fatiguée, et avait de la difficulté à marcher.

Elle n'y attacha pas d'importance, et ce n'est que lorsque survinrent des douleurs, qu'elle se décida seulement à aller consulter.

Au début, ces douleurs étaient peu intenses ; la malade compare la sensation qu'elle éprouvait à des piqûres d'aiguilles. Il lui arrivait parfois, dit-elle, de regarder le bas de sa robe croyant y avoir laissé par mégarde une épingle.

Maintenant elles sont très vives et très aiguës ; elle les compare tantôt à des coups de marteau, tantôt à une sensation de brûlure ou de déchirure.

En plus de cela, elle souffre fréquemment de céphalées ; les douleurs siègent à l'occiput.

L'asthénie est très marquée chez cette femme ; elle éprouve un état de lassitude constante, d'abattement physique et moral qui la laissent sans aucun courage et sans le moindre désir de s'occuper à quoique ce soit. Se remuer, est, pour elle une corvée et elle passe volontiers des journées entières au lit sans bouger.

A l'examen, on constate l'hypertrophie générale du tissu adipeux en tous les points du corps.

La répartition de la graisse est régulière : les membres ne sont pas déformés et ne présentent aucune nodosité. Ils sont peu sensibles au toucher.

Le ventre volumineux et étalé, est celui d'une personne très obèse. A la partie inférieure la peau forme un gros borrelet au milieu duquel on sent quelques nodosités, particulièrement douloureuses.

Au niveau de la ceinture pelvienne, on remarque également de chaque côté un repli cutané peu marqué, renfermant aussi quelques nodosités.

Les mains et les pieds sont potelés, la face est pleine, un peu bouffie.

En mesurant la circonférence des divers segments du corps on trouve :

Malléoles.....	26	centimètres
Mollet.....	35	—
Cuisse (milieu).....	55	—
Poignet.....	15	—
Avant-bras (milieu)....	27	—
Bras (milieu).....	36	—
Tour de taille.....	89	—

22 avril. — Les douleurs pour lesquelles la malade était entrée à l'hôpital ont un peu diminué d'intensité, elles sont moins aiguës. Ce sont maintenant des douleurs sourdes. Les névralgies sont disparues.

Par contre, les forces ont encore diminué ; le repos prolongé au lit contribuant aussi à affaiblir la malade.

7 juin. — L'amélioration persiste, peut-être sous l'influence du traitement thyroïdien.

L'asthénie est un peu moins forte ; la malade s'est décidée, avec l'apparition du beau temps, à descendre chaque jour prendre l'air au jardin.

La sensibilité, examinée à cette date, est intacte dans tous ses modes et sur toute l'étendue du corps.

Il y a seulement un peu d'hyperesthésie au niveau des nodules graisseux, toujours sensibles à la pression.

Les douleurs spontanées ont à peu près complètement disparues.

Pas d'atrophies musculaires, cependant la force musculaire est un peu diminuée. Le dynamomètre marque seulement :

16 pour la main droite,

12 pour la main gauche.

On remarque que la force est diminuée surtout à droite, côté où siégeaient les douleurs,

Les réflexes sont normaux.

Pas de troubles psychiques très marqués. Cette femme qui a eu de grands revers de fortune a conservé une sorte de tristesse habituelle, mais jamais elle n'a d'accès de mélancolie ou de crises de larmes.

Rien à signaler aux organes.

Corps thyroïde peu appréciable.

Pas de troubles sensoriels.

Urines peu abondantes, mais normales.

Traitement. — Elle a été soumise à deux reprises à la médication thyroïdienne :

La première fois, pendant une période de 16 jours (du 8 au 24 avril). La deuxième fois, pendant 8 jours (du 24 au 29 mai).

La deuxième série a été moins longue, parce que l'on a administré une plus forte dose de corps thyroïde : 3 capsules de 10 centigrammes par jour, au lieu de deux la première fois.

Dans l'intervalle on a donné des bains chauds, des purgatifs salins, différents analgésiques (quinine, antipyrine, pyramidon), qui ont calmé les céphalées.

Résultats. — Les douleurs spontanées et les céphalées ont disparu, mais la malade a augmenté de poids après chaque cure thyroïdienne :

Elle pesait 91 kilog. en commençant, 92 kilog. après la première cure, 93 kilog. après la seconde. Elle a donc augmenté d'un kilogramme après chaque période de traitement.

OBSERVATION IV (1)

Due à l'obligeance de M. le docteur Sainton, chef de clinique
à la faculté de médecine.

Catherine P..., 69 ans, marchande des quatre saisons.

(1) Cette malade, dont l'observation est encore inédite, a fait l'objet d'une leçon clinique du professeur Debove.

Entrée le 21 décembre 1903, à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le professeur Debove.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires importants.

Parmi ses antécédents pathologiques on relève, en outre des fièvres éruptives de l'enfance : une pleurésie à 28 ans, et un zona intercostal à 64 ans. Soigné à l'hôpital Saint-Louis, ce zona n'a pas laissé de cicatrices apparentes.

À l'âge de 65 ans, elle eut un léger ictère, puis des douleurs dans la région du foie qui firent penser à des coliques hépatiques frustes.

Pendant longtemps elle a pris de l'éther en assez grande quantité pour calmer ses crises douloureuses.

L'intoxication éthylique peut être suspectée chez elle en raison de sa profession.

P... est entrée à Beaujon pour des accidents de bronchite chronique, et c'est là qu'on s'est aperçu de la présence de tumeurs superficielles, dont nous allons étudier la topographie et la forme.

Caractère des tumeurs. — Ce sont des masses faisant saillie sous la peau, particulièrement au niveau des bras, où elles sont le plus développées. Elles sont recouvertes par une peau saine légèrement vascularisée, sans adhérences avec les parties profondes. Elles atteignent là, les dimensions d'un œuf de pigeon et sont allongées dans le sens transversal. Leur consistance est ferme et élastique ; plus que celle d'un lipome et moins que celle d'une tumeur fibreuse.

À côté des tumeurs les plus volumineuses, il en existe d'autres qui ne font pas saillie à l'œil, mais que l'on perçoit par la palpation dans la profondeur du tissu cellulaire sous-cutané.

Les dimensions des plus petites sont celles d'une grosse lentille ; entre ces deux extrêmes on rencontre toutes les variations de dimensions. Toutes sont mobiles sur les parties profondes.

Topographie des tumeurs. — Aux membres supérieurs, des

deux côtés, tout le membre est occupé par les saillies que nous venons de décrire. Il est impossible de les compter en raison de leur nombre.

C'est *au niveau des deux avant-bras* que les tumeurs sont les plus nettes. Elles y sont bien limitées et occupent la face antérieure, aussi bien que la postérieure.

Elles ne paraissent présenter aucune relation avec le trajet des troncs nerveux, l'exploration minutieuse de ceux-ci sur leur trajet ne montre pas d'augmentation de volume.

Les mains sont complètement indemnes de tumeurs, mais elles présentent des déformations arthritiques au niveau des petites articulations des phalanges.

Au niveau des bras, les tumeurs sont bien moins nombreuses, elles présentent les mêmes caractères et sont symétriques des deux côtés.

Au thorax, il en existe quelques-unes au niveau du rebord inférieur du grand pectoral, mais elles sont dissimulées dans la profondeur et ne sont accessibles qu'à la palpation. A la partie postérieure, au-dessous d'une ligne passant par l'épine de l'omoplate et contre la colonne vertébrale, on sent une masse élargie, mal délimitée, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, et présentant tous les caractères d'un lipome diffus.

A l'abdomen les tumeurs ne sont pas accessibles à la vue, mais lorsque l'on prend la paroi abdominale des deux côtés, on sent dans sa profondeur une série de petites masses semées au hasard sur toute la partie antérieure et sur les parties latérales de l'abdomen.

Aux membres inférieurs, il n'existe qu'une tumeur volumineuse d'aspect lipomateux et de la dimension d'un œuf de pigeon, au niveau du tiers inférieur de la cuisse, sur la face antéro-interne.

A un premier examen, P... disait que ces tumeurs n'étaient pas douloureuses, et que leur sensibilité avait été exaltée par les investigations multiples auxquelles elle avait été sou-

mises, mais aujourd'hui ces tumeurs sont également douloureuses, même à une faible pression. Il n'y a pas de douleurs spontanées.

Au niveau de l'anus existe un tumeur flasque dont la malade se plaint beaucoup et qui paraît être une hémorroïde flétrie.

La malade étant sourde, il est difficile d'avoir des renseignements très précis sur les conditions dans lesquelles se sont montrées ces productions, mais cependant elle a remarqué que la première est apparue au niveau de la partie latérale droite de l'abdomen. il y a environ une dizaine d'années.

Etat de la peau. — Le diagnostic de neuro-fibromatose ayant été soulevé, il est important d'examiner l'ensemble des téguments : La face de la malade est recouverte de taches de rousseur sans caractère spécial, ressemblant à celles que l'on rencontre dans la « peau sénile. »

Il en est de même à la partie dorsale des mains.

Il existe du xanthélasma aux deux paupières de chaque œil, au niveau de l'angle interne.

Sur la peau du dos et des bras on note également quelques taches pigmentaires, et quelques grains de molluscum, non confluents.

Les angles sont légèrement déformés en verre de montre.

Etat psychique. — C'est celui d'une femme de son âge et de sa condition, qui a été éprouvée par des revers de fortune et des pertes d'argent.

Elle a eu pendant sa jeunesse des crises nerveuses qui ont disparu à l'âge de 18 ou 19 ans.

Etat des réflexes rotuliens. — Ils sont un peu exagérés des deux côtés.

Etat de la sensibilité. — Elle est normale dans tous ses modes.

Rien d'important dans les autres organes, en dehors de la bronchite chronique.

Au cou quelques cicatrices d'adénites chroniques suppurées, datant de l'enfance.

En résumé, on est frappé par les caractères de symétrie que présentent les tumeurs, par leur consistance lipomateuse, et par leur aspect nodulaire nettement délimité, de telle sorte que l'on peut conclure qu'il s'agit d'une adipose douloureuse à forme nodulaire.

OBSERVATION V

Sylvie C..., 70 ans, cuisinière.

Entrée à l'hospice d'Ivry le 23 mai 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans accidentellement.

Mère morte à 75 ans d'une broncho-pneumonie.

Est d'une famille où l'on devient très vieux : sa grand'mère paternelle est morte centenaire.

Elle a eu deux enfants, qui sont vivants et bien portants : un fils âgé actuellement de 41 ans et une fille de 33 ans.

Antécédents personnels. — Cette femme est d'un tempérament très nerveux, mais jamais elle n'a eu de crises de nerfs ou de pertes de connaissance.

Dans son enfance, elle a eu quelques maladies : le croup à 7 ans, une bronchite à 11 ans, des rhumatismes articulaires à 20 ans.

Réglée à 14 ans ; ses règles furent toujours régulières et ses grossesses normales, sauf une fausse couche déterminée à quatre mois par une chute de cheval.

À 30 ans, peu de temps après son premier accouchement, elle eut une crise de coliques hépatiques. Depuis, d'autres crises sont survenues à des intervalles assez éloignés ; la dernière remonte à cinq ans.

La ménopause s'est établie à 48 ans ; à ce moment s'est

formé dans l'utérus un polype, dont elle a été opérée par Siredey, en 1883, à Lariboisière.

À la suite de son opération elle commença à ressentir des douleurs localisées aux cuisses et à la région lombaire ; en même temps, elle se mit à prendre un tel embonpoint qu'elle pouvait à peine marcher.

Elle entra alors à Necker, dans le service de Péter, pour une affection cardiaque (?). C'est à cette prétendue cardiopathie, dont on ne constate pas la moindre trace actuellement, qu'elle attribue l'enflure des jambes qui fut observée à l'hôpital et qui était peut-être l'œdème précurseur de l'adipose douloureuse.

Examen, le 30 mai 1904. — La malade a beaucoup diminué de grosseur depuis son entrée à l'hospice.

• Elle, qui était autrefois impotente, mène, malgré son âge, une vie relativement active. Elle va et vient, aide au nettoyage de la salle et au service du réfectoire.

On constate chez elle que l'adipose est localisée et répartie symétriquement sur les deux membres inférieurs (fig. 3).

Elle débute au-dessus des malléoles et s'étend progressivement jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Elle est séparée du genou, à cet endroit, par un sillon profond, qui n'est pas dû, comme on pourrait le croire au premier abord, à la constriction exercée par la jarretière. Ce sillon est d'autant plus apparent, que le genou est déformé par la graisse diffuse et par de gros nodules, qui en arrière comblent le creux poplité, et en avant sont situés au-dessus de la rotule.

Les saillies et dépressions normales de l'articulation du genou ont disparu.

Les cuisses, volumineuses, présentent une surface irrégulière ayant un peu l'aspect matelassé ; on sent très bien à la palpation une série de petits nodules de la grosseur d'une noix.

La partie supérieure du corps présente un embonpoint normal et non exagéré. Pas d'obésité.

Les bras sont presque maigres ; la peau flasque pend à la

partie postérieure, au voisinage de l'aisselle, témoignant ainsi qu'elle a été autrefois distendue par le tissu adipeux.



Fig. 3

La palpation est peu douloureuse ; la malade se laisse facilement examiner sans paraître incommodée lorsqu'on la touche. Mais elle souffre de douleurs spontanées extrêmement vives, qui surviennent le soir lorsqu'elle se couche et durent une partie de la nuit. Ces douleurs siègent aux membres inférieurs, principalement aux jambes et aux genoux, et par conséquent aux points où sont localisées les nodosités adipeuses.

Les articulations sont indemnes, pas d'arthrite ; on s'en assure facilement en les faisant fonctionner.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes et sur toute l'étendue du corps.

Le réflexe rotulien est légèrement exagéré.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Le dynamomètre marque :

21 pour la main droite,

14 pour la main gauche.

Pas de troubles psychiques, ni d'asthénie.

Quelques maux de tête assez intermittents.

Pas de lésions viscérales, et surtout pas d'affection cardiaque.

Urines normales.

Malgré l'absence de troubles psychiques et d'athénie, les symptômes que nous venons de mentionner semblent bien indiquer que l'on se trouve en présence d'un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire.

OBSERVATION VI

Anne-Marie G..., 66 ans, gouvernante.

Entrée à l'hospice d'Ivry, le 1^{er} décembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Pas de névropathes ni d'arthriques dans sa famille.

Père mort à 53 ans ; mère morte à 77 ans de pneumonie.

Deux frères et une sœur sont morts jeunes.

Mariée à 23 ans, elle a eu quatre fils qu'elle a tous perdus :

L'aîné est mort soldat à Madagascar, le second s'est noyé en

voulant sauver quelqu'un, un autre est mort tout jeune ; et le dernier a disparu sans qu'on sache comment.

Antécédents personnels. — Tempérament peu nerveux ; cependant, étant enfant, elle eût des terreurs nocturnes, qui obligèrent ses parents à lui faire suivre un traitement spécial.

Jusqu'à l'âge de 30 ans, elle n'eut aucune maladie.

A cette époque, elle fit une chute terrible ; en voulant nettoyer les carreaux d'une fenêtre, elle tomba de la hauteur du deuxième étage dans la cour de la maison.

Elle se fractura les deux jambes et eut plusieurs côtes enfoncées.

A la suite de cet accident, elle cracha le sang pendant plusieurs mois, et resta fort longtemps alitée.

L'année suivante, elle eut plusieurs crises de coliques hépatiques, accompagnées d'ictère.

Enfin, il y a un an, elle a été soignée à l'infirmerie de l'hospice pour une pneumonie du côté droit.

Depuis l'époque de la ménopause survenue à 60 ans, G... a pris un embonpoint extraordinaire, et elle atteint actuellement le poids fantastique de 147 kilogs.

Ses jambes ne peuvent plus supporter son corps énorme et massif et elle ne peut se tenir debout sans s'appuyer sur quelque chose.

Des douleurs ont apparues ensuite ; douleurs constantes, siégeant au niveau des malléoles et des genoux, et s'irradiant parfois jusque dans les cuisses.

Les pieds présentent une infiltration élastique non douloureuse. Ils sont séparés de la jambe, qui présente la déformation en poteau caractéristique, par un profond sillon. On remarque au-dessus des malléoles une sorte de gros lobule, situé d'une façon symétrique sur chaque jambe.

Aux genoux, les saillies et dépressions normales sont noyées au milieu d'une graisse diffuse, qui se continue insensiblement avec celle des cuisses.

L'obésité est très accentuée et accompagnée d'un certain degré de ptose viscérale.

Les fesses sont parsemées de petites nodosités qui leur donnent un aspect matelassé.

Les bras et les avant-bras sont infiltrés d'une façon uniforme par la graisse.

Les mains et la face sont respectées par l'adipose.

Les mesures circonférencielles des membres, sont les suivantes :

Malléoles.	39	centimètres.
Mollet.	46	—
Cuisse (milieu).	67	—
Poignet.	25	—
Avant-bras (milieu).	30	—
Bras (milieu).	36	—
Tour de taille.	118	—

Pas de troubles appréciables de la sensibilité.

Pas de troubles de la vision ni de l'ouïe.

Les différents réflexes sont légèrement diminués.

Le dynamomètre marque : 18 pour les deux mains.

Pas de troubles psychiques, sauf un certain degré de mélancolie habituelle, attribuable à ses chagrins intimes (mort de ses enfants, pertes d'argent).

Rien à noter à l'examen des organes.

Urines normales.

OBSERVATION VII

Maria K..., 61 ans, relieuse.

Entrée le 31 août 1903 à l'hospice de Brévannes.

Antécédents héréditaires.— Mère morte à 46 ans d'une fièvre typhoïde.

Père mort à 77 ans d'apoplexie cérébrale.

Appartenait à une famille de 11 enfants ; cinq sœurs et un frère vivent encore.

Aucun nerveux dans sa famille, mais une de ses sœurs serait atteinte de même infirmité qu'elle.

Antécédents personnels. — Cette femme a toujours été bien portante. Réglée de bonne heure et normalement, elle est restée célibataire et n'a jamais eu de grossesses. La ménopause est survenue sans accidents à 53 ans.

Depuis trois ou quatre ans, elle est atteinte d'un peu d'emphysème pulmonaire, ce qui la rend sujette à des accès de suffocation.

Il y a 3 ans, K... fit une chute dans un escalier ; elle glissa, tomba en arrière et descendit sur les reins tout un étage. Bien qu'elle ne se fut pas blessée elle se ressentit longtemps de cette chute, et c'est à la suite que commencèrent à apparaître les différents troubles dont elle souffre encore actuellement.

Elle se mit à engraisser considérablement, en même temps que survenaient des douleurs et une diminution très notable des forces, qui l'obligèrent à cesser tout travail.

Elle rentre alors à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Duflocq et y séjourne un mois. Elle fut photographiée à ce moment ; et c'est d'après ces photographies que sont faits les deux dessins joints à cette observation (1). (Fig. 4 et 5).

En sortant de l'hôpital elle fut placée à l'hospice de Brévannes, et c'est là que nous avons pu l'examiner.

Ce qui frappe lorsqu'on découvre la malade, c'est le volume considérable de tous ses membres.

Les jambes déformées et cylindriques ressemblent à des poteaux, la saillie du mollet étant complètement effacée. Le relief normal de la rotule à peine marqué et en arrière le creux poplité est comblé par une masse de graisse de la grosseur du poing.

(1) Les clichés nous ont été très gracieusement prêtés par M. Masson, ancien interne de service.

Les cuisses énormes et massives, sont parsemées de nodules graisseux, localisés surtout à la partie interne, ou ils font légèrement saillie sous la peau.

Les pieds seuls sont respectés par l'adipose ; ils ont conservé leurs formes et leurs dimensions normales, et sont séparés de la jambe par un sillon profond.

Aux membres supérieurs la déformation est moins accentuée ; ce sont surtout les bras qui ont augmentés de volume. Comme on peut s'en rendre compte sur le dessin n° 5, la graisse est surtout localisée à la partie supérieure, faisant saillie au dessus de l'olécrane. Les avant-bras sont un peu épaissis au niveau des poignets, mais non déformés.

Les mains plutôt petites, sont normales.

Le ventre très volumineux retombe pesamment sur les cuisses. La cicatrice ombilicale est dépliée et à la partie inférieure la peau forme un large bourrelet au milieu duquel on peut sentir des nodorités plus résistantes.

Dans le dos, la peau forme encore deux gros plis, dont l'un part de la pointe de l'omoplate pour aller se terminer au niveau des seins, et l'autre contourne la ceinture pelvienne.

Au niveau des fesses existe une lipomatose diffuse.

Si on mesure la circonférence des divers segments du corps on trouve :

Malléoles.....	31 centim.
Mollet.....	40 —
Cuisse.....	62 —
Poignet.....	18 —
Avant-bras (milieu)	37 —
Bras (milieu).....	39 —
Tour de taille.....	100 —

La palpation ou la simple pression des masses lipomateuses est douloureuse, mais la malade ressent aussi des douleurs spontanées très vives. Ces douleurs siègent surtout dans les jambes et au niveau des bras.

Les différentes articulations fonctionnent bien, sauf celles des genoux, où il existe un peu d'arthrite sèche.

L'asthénie est très marquée chez K..., elle ne peut marcher

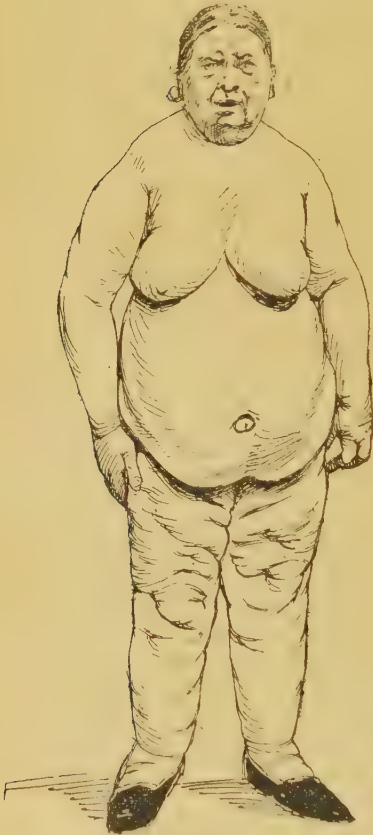


Fig. 1



Fig. 5

que très difficilement en se tenant avec un bâton. Au lit elle est dans l'impossibilité de se retourner seule.

Le visage ordinairement pâle se congestionne facilement au moindre effort ; les lèvres deviennent cyanosées.

Le plus petit traumatisme provoque à la surface de la peau des ecchymoses longues à disparaître.

Pas de troubles sensitifs ; la sensibilité est conservée partout et dans tous ses modes.

Les réflexes rotuliens, difficiles à examiner, paraissent un peu diminuées.

La force musculaire est conservée. Le dynamomètre marque :

27 avec main droite, 25 avec main gauche.

Peu de troubles psychiques.

Les organes des sens sont intacts, sauf la vision ; il y a 4 ans, elle a perdu l'œil droit à la suite d'une affection qu'elle ne peut désigner. Actuellement la vue diminue beaucoup de l'autre œil.

A l'examen des organes on ne constate qu'un peu d'emphysème pulmonaire. Rien dans les urines. Le corps thyroïdien normal.

K... avait été soumise au traitement thyroïdien pendant son séjour à la Charité : à la suite, elle aurait maigri de 1 kgr. 109 grammes.

Ce traitement repris de nouveau à l'hospice de Brévannes, n'a donné aucun résultat.

Son poids actuel est de 101 kgr.

OBSERVATION VIII

Marie C..., 68 ans, ménagère (1).

Entrée à l'hospice de Brévannes le 13 avril 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans d'une affection pulmonaire.

(1) Cette malade nous a été indiquée par M. Naudascher, interne à Brévannes, avec qui nous avons rédigé l'observation.

Mère morte de sénilité à 84 ans.

Appartenait à une famille de dix enfants ; ses frères et sœurs jouissaient tous d'une bonne santé.

Pas de nerveux dans la famille.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais été malade.

Mariée à 20 ans, elle eut deux enfants ; l'un est mort en naissant, l'autre est âgé actuellement de 24 ans et bien portant.

La ménopause survenue, à l'âge de 58 ans, a marqué le début de divers troubles dont elle souffre encore actuellement.

Des masses adipeuses ressemblant à des lipomes se sont développées en différentes parties de son corps, en même temps que survenaient des douleurs intolérables.

C'est par les avant-bras, et notamment par l'avant-bras droit, que l'adipose a débuté.

Ce membre existe aussi sur la face dorsale de la main, une tumeur molle, bleuâtre, dépressible, dont l'origine remonte à l'enfance. Cette tumeur, formée vraisemblablement par des varices des veines dorsales de la main et de l'avant-bras, est très sensible au toucher. Autrefois, au moment des époques menstruelles, elle se congestionnait et augmentait de volume, en même temps qu'elle déterminait de vives douleurs. Peut-être ces troubles vasculaires ont-ils déterminé la localisation des masses adipeuses de ce côté ?

Quoiqu'il en soit, l'avant-bras droit est bien plus volumineux que le gauche. Il est entouré à partir du poignet par une sorte de manchon graisseux qui s'étend jusqu'au coude.

Les bras n'ont pas beaucoup changé de volume. En les palpant on sent, à la partie postérieure et au voisinage de l'aisselle, des petites masses arrondies, de consistance fibreuse et de la dimension d'une grosse noisette. Elles sont extrêmement sensibles au toucher.

Les jambes et les cuisses sont normales et exemptes de tumeurs, sauf à la partie supérieure du creux poplité où existe aussi quelques petites nodosités douloureuses.

La région lombaire ne présente rien de particulier; l'abdomen non plus, sauf une légère ptose viscérale. A la région dorsale, toujours à droite, on observe une énorme masse irrégulièrement arrondie, de la largeur d'une assiette, s'étendant de la pointe de l'omoplate au milieu du dos. Son grand axe, qui est transversal, mesure 22 centimètres de diamètre; le diamètre vertical n'atteint que 15 centimètres.

Cette tumeur, qui a l'apparence d'un gros lipome, est consistante au toucher et mobile sous la peau. Le moindre contact, la moindre pression exercée à sa surface détermine une douleur tellement vive que la malade jette un léger cri et ne se laisse examiner que difficilement.

En dehors de ces douleurs provoquées, elle souffre aussi spontanément, principalement la nuit. C'est le soir, au moment où elle se met au lit, que ces douleurs apparaissent : douleurs vives, lancinantes, ressemblant à des coups de couteau. Peut-être sont-elles provoquées par la position couchée, la malade, une fois au lit, s'appuyant toujours tant soit peu sur la tumeur. Elles durent toute la nuit et l'empêchent complètement de dormir.

A part cette infirmité, C..., jouit d'une excellente santé. L'asthénie fait complètement défaut chez elle, et si parfois elle se sent fatiguée c'est à cause de la privation de sommeil provoquée par les souffrances. Il n'existe ni troubles de la vision, ni de l'audition. pas de douleurs articulaires. Elle se plaint seulement d'avoir assez fréquemment des crampes dans les jambes. Pas de troubles psychiques, mais quelques céphalées et une certaine diminution de la mémoire.

On ne relève à l'origine aucun traumatisme.

L'examen des organes ne présente rien de particulier, sauf des signes de bronchite chronique aux deux poumons.

Urines normales.

OBSERVATION IX

Caroline L...., 67 ans, ménagère.

Entrée le 16 février à l'hospice de Maison Blanche.

Antécédents héréditaires. — Père mort âgé ; ignore de quelle maladie.

Mère morte en 1889 de l'influenza, à l'âge de 74 ans.

Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, difficilement ; la menstruation ne s'est régularisée que tardivement.

Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu de grossesses. Elle n'a jamais eu de maladies graves, on ne relève qu'un eczéma de la face à l'âge de 35 ans, et une albuminurie passagère à 65 ans.

C'est à cet âge qu'est survenue la ménopause ; elle a pris un embonpoint énorme et d'autant plus visible qu'elle est de très petite taille.

Aux membres supérieurs, l'adipose commence au poignet et s'étend régulièrement jusqu'à l'épaule.

Les méplats de l'articulation du coude sont respectés.

Aux membres inférieurs, les jambes sont à peu près normales, la graisse s'étant surtout localisée aux cuisses, dont la peau semble étranglée à certains endroits par des brides fibreuses. Deux grosses nodosités font saillie à la partie supérieure du creux poplité.

Aux fesses, la graisse est abondante et lorsqu'on la palpe on y décèle une série de petits nodules douloureux.

Le ventre très développé et tombant est encerclé de gros bourrelets graisseux.

La pression profonde de toutes ces masses adipeuses réveille une douleur très vive. Ces douleurs sont provoquées également par les mouvements brusques et la marche.

Les mesures circonférencielles des membres et de la taille sont les suivantes :

Malléoles.....	24 centimètres
Mollet.....	34 —
Cuisses (milieu)	55 —
Poignet.....	17 —
Avant bras (milieu).....	29 —
Bras (milieu).....	37 —
Taille.....	102 —

Les différentes sensibilités sont conservées. Mais la malade se plaint de crampes dans les jambes et de névralgies fréquentes.

Il y a une légère diminution de la vue et de l'acuité auditive.

Pas de troubles mentaux, ni de modification du caractère.

L'asthénie est très marquée, et attribuable peut-être en partie à son obésité.

A l'examen des organes, on constate seulement des râles de bronchites très disséminées, dans les deux poumons.

Les urines présentent des traces d'albumine.

CONCLUSIONS

I. — Dercum a décrit, en 1888. une affection qu'il a individualisée sous le nom d'*adipose douloureuse*.

II. — Cette affection comprendrait deux types cliniques :

1° La forme nodulaire ;

2° La forme diffuse.

III. — Elle serait caractérisée par quatre grands symptômes et divers symptômes accessoires.

Les quatre principaux symptômes sont :

L'*adipose*, les *douleurs*, l'*asthénie*, les *troubles psychiques*.

IV. — Les observations des auteurs et les nôtres démontrent que ces signes sont souvent peu nets, et manquent fréquemment.

V. — Les lésions anatomo pathologiques constatées à l'autopsie sont les suivantes :

α Névrite interstitielle des filets nerveux périphériques (6 fois sur 6 autopsies).

β Lésions de la glande thyroïde (4 fois sur 6).

γ Altérations du corps pituitaire (2 fois sur 6).

VI. — Elles indiquent une altération du système nerveux, due vraisemblablement à une autointoxication

provenant du mauvais fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne.

VII. — On a décrit, depuis quelques années, un certain nombre d'œdèmes nerveux encore mal classés, avec lesquels on a cherché à différencier l'adipose douloureuse. Ces divers états morbides, qui ont avec celle-ci, tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue clinique, une analogie incontestable, ont été récemment étudiés, sous les noms de :

Œdème nécropathique, par Mathieu, en 1893 ;

Œdème segmentaire, par Debove, en 1897 ;

Trophœdème chronique, par Meige, en 1899 ;

Pseudo-œdème catatonique, par Dide, en 1903.

VIII. — L'adipose douloureuse doit être rapprochée de ces différents états pathologiques, et elle ne paraît pas devoir constituer une entité clinique nettement individualisée.

IX. — Tous ces états morbides ont une origine commune, qui réside en des troubles du système nerveux et des différentes glandes vasculaires sanguinaires.

Ils ne sont donc probablement que des variétés ou des formes passagères d'une seule et même affection, qui constituerait la catégorie des « Dystrophies cellulo-conjonctives vasculaires ». (Dide.)

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Ern. GAUCHER.

Vu : LE DOYEN.
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD ET LAUBRY. — Adipose douloureuse. (Revue Neurologique, avril 1901.)
- ALGER. — A case of adiposis dolorosa. (Méd. News New-York, 1901.)
- ANTONY. — Lipomes multiples et symétriques. (Semaine Méd., 1892, p. 114.)
- G. BALLET. — L'adipose douloureuse. (Journal des Praticiens, septembre 1902.) et (Presse Méd., 1903, p. 285.)
- BILLINGS. — Adiposis dolorosa. (Chicago, Méd. recorder, 1903.)
- BOCHROCH. — Adiposis dolorosa. (American Journ. Méd. sciences ; Philadelphie, 1902, p. 569.)
- BORDONI. — (Riforma Médica, n° 62.)
- BONJU. — Lipomes d'origine nerveuse. (Thèse de Paris 1892.)
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses. (Myxœdème.)
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine et thérapeutique. (Obésité.)
- BUCQUOY. — Lipomes diffus multiples et symétriques. (Sem. Méd., 1891, p. 262.)

- BURR. — A case of adiposis dolorosa with necropsy. (The journal of nervous and mental diseases, New-York, 1900, XXVII. p. 519.)
- CARDUCCI. — Il policlinico, sezione pratica, 1901.
- CASELLI. — Rapports fonctionnels de la glande pituitaire et de l'appareil para-thyroïdien. (Revue Neurolog. 1901, p. 95.)
- CASSIRER R. — Die vaso motorischen trophischen Neurosen. (Rev. Neurolog. 1901, p. 110 et 254.)
- CECCHINI. — Una sindrome simile a quella descritta da Dercum. (Gaz. Méd. di Roma, 1903, p. 451.)
- CHEINISSE. — L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum. (Sem. Méd. 1903, p. 221.)
- COLBERTADO. — Due casi di malattia di Dercum. (Riv. veneta di scien. Méd., Venezia, 1903, p. 350.)
- COLLINS. — A text book of nervous diseases. Philadelphie, 1895.
- DEBOVE. — Pathogénie de l'obésité. (Sem. Méd. mars 1901.)
— L'adipose douloureuse. (Presse Méd. juillet 1901 et Archives gén. médecine 1903.)
— L'œdème segmentaire. (Sem. Méd., mai 1902.)
- DE BUCK. — Lipomatose symétrique non douloureuse. (Bul. Soc. Méd. de Gand, 1903, p. 203.)
- DENY ET LEPLAY. — Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente. (Nouvelle Iconograph. Salpêtrière, 1903.)
- DERCUM. — A subcutaneous connective tissue dystrophy of the arms and back, associated with symptoms resembling myxœdema. (University Méd. Magazine, décembre 1888.)
— Three Cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity, but associated with spécial nervous symptoms. (The American journ. of the Méd. sciences, novembre 1892.)
— Trophonevroses (twentieth century practice of Méd., 1897. p. 554.)

- Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination. (The journal of nervous and mental diseases, août 1900.)
- Two cases of adiposis dolorosa (Philad. Méd. journal, mars 1902.)
- DERCUM ET MAC CARTHY. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa. (The American journ. of medical sciences, décembre, 1902.)
- DE RENZI. — Lipomi adiposi dolorosa. (Policlin. Roma, 1902-3, p. 273.)
- DESNOS. — Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus symétriques, d'origine arthritique. (Bullet. et Mém. Soc. Méd. Hôp., juillet 1891 et Sem. Méd. 1891, p. 284.)
- DIDE. — Le pseudo-œdème catatonique. (Nouvelle Iconogr. Salpêtrière, décembre 1903.)
- Dystrophie cellulo-conjonctivo-vasculaire. (Soc. Neurol., décembre 1903.)
- DIDE ET LEBORGNE. — Un cas de maladie de Dercum. (Soc. Neurol., octobre 1903.)
- ESHNER. — A case of adiposis dolorosa. (The Philad. Méd. journ., octobre 1893.)
- EWALD. — Berliner Klin. Wochenschrift, janvier 1895.
- CH. FÉRÉ. — La famille névropathique, 1898.
- Adipose douloureuse. (Méd. Mod., décembre 1898 et Rev. Méd., août 1901.)
- FÉRÉ ET FRANÇILLON. — Note sur la coïncidence des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive. (Rev. Chirurgie, 1901.)
- FRÉMY. — Etude critique de la Trophonévrose faciale. (Th. de Paris, 1872.)
- GARAND. — Note sur le traitement des lipomes multiples par l'extract de corps thyroïde. (Loire Médicale, juin 1901.)
- GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde. (Rev. Méd. 1901, n° 1 à 5.)

- GIUDICEANDREA. — Adiposis dolorosa. (Rivista di Patologia nervosa et mentale. Firenze, 1900.)
- Rapports cliniques et pathogéniques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines. (Il policlinico sessione pratica, février, 1902.)
- GORDINIER. — Adiposis dolorosa with the report of a case. (Vermont Méd. month Burlington, 1903, p. 193.)
- GUDJOHNSEN. — Et Tilfaelde of adiposis dolorosa hos en Dreg. (Hosp. tid. Kobenh 1903, XI.)
- GUILLAUME. — Contribution à l'étude du tubercule sous cutané douloureux. Thèse, Paris 1897.
- HALE WHITE. — A case of adiposis dolorosa. (British Méd. Journ., déc. 1899.)
- HENRY (F.-P.). — A case of myxoedematoid dystrophy (paratrophy). (The journal of nervous and mental diseases. mars 1891.)
- HOUEE. — Maladie de Dercum. Thèse de Paris, 1904.
- JEANSELME et BUFNOIR. — Lipomatose symétrique (Soc. Méd. hôp., mai 1898.)
- JOHNSON. — Adiposis dolorosa. (Indian Méd. Rec., Calcutta 1902.)
- KAPLAN et FÉDEROW. — Maladie de Dercum. (Méditzinskoïeo Obozr. Mosk., 1902, p. 471.)
- LAGRANGE. — Les troubles de la circulation sanguine dans les maladies de la nutrition. (Rev. des malad. de nutr., Paris 1903.)
- LANDOUZY. — De l'adipose du tissu conjonctif sous cutané, des membres atteints d'atrophie musculaire détéropathique. (Revue mensuelle, janv. 1878.)
- LAUNOIS. — Observation de trophœdeme. (Nouv. Iconogr., Salpêtrière 1900.)
- LANNOIS et BENSAUDE. — Nouvelle Iconographie. Salpêtrière 1900, nos 1, 2, 3.
- Adéno lipomatose symétrique. (Presse méd., juin 1898 et Rev. neurol., 1901, pag. 253.)

- LEVEN. — De l'obésité. Thèse de Paris, 1901.
- LÉVY et OVIZE. — De la Neuro fibromatose généralisée. (Gaz. hôp., 1899.)
- MANCINI. — Adipose douloureuse (Il policlinico sezione pratica, août 1901.)
- MARCOU. — L'adipose douloureuse. (Archives génér. méd., 1903, II.)
- MATHIEU et WEILL. — Etudes sur certains œdèmes névropathiques. (Archives gén. méd., 1884 et 1885.)
- MATHIEU (A.). — Lipomes symétriques d'origine névropathique. (Gaz. hôp., juil. 1890, p. 721.)
- Sur une forme particulière d'œdème névropathique (pseudo-éléphantiasis névropathique). (Annales de Dermat. et Syphil., janv. 1893.)
- MEIGE. — Trophœdème congénital. (Nouv. Iconograph. Salpêtrière 1889, p. 453.)
- MILIAN. — Pseudo-lipomes et lipomes multiples. (Gaz. hôp., nov. 1895.)
- MINELLI. — Adiposis dolorosa (Gaz. méd. Italian., Torino 1903, p. 481.)
- MORLOT et GALLOIS. — Adipose localisée d'origine trophonévralgique. (Bourgogne médicale, 1894-5, p. 44.)
- NORSA. — Adiposis dolorosa. (Revista critica di clinico medica. Firenze, juin 1901.)
- ODDO et CHASSY. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie (Rev. neurolog., 1902.)
- PAPI. — Contributo alla casistica della adiposis dolorosa. (Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Milano 1902.)
- PASQUINI. — Un cas d'adipose douloureuse. (Il policlinico sezione pratica. Rome, mars 1902, p. 623.)
- QUEINNEC. — Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques. Thèse de Paris, 1903.
- QUERMONNE. — Etude sur la pathogénie des névralgies. Thèse de Paris, 1884.

- RENON et HEITZ. — Adipose douloureuse avec arthropathies multiples. (Rev. Neurolog., 1901, p. 704.)
- RENON et LOUSTE. — Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire. (Bul. soc. méd. hôp., 1902, p. 1130.)
- RISQUEZ. — Un caso di adiposis dolorosa. (Rev. la oto-rinolaryng, Espana. Madrid 1903, p. 328.)
- ROBERTS. — A case of adiposis dolorosa. (Philadelphia Méd. journ., avril 1902, p. 761.)
- ROUX (Joh.). — Maladie de Dercum et goître exophtalmique. (Revue neurologique, janv. 1902.)
- ROUX et VITAUT. — Soc. de neurologie, sept. 1901.
- RUDINGER. — Semaine médicale, déc. 1902.
- SAINTON et FERRAND. — L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum. (Gaz. hôp., 1903, p. 957.)
- SALVATORI. — Adiposis dolorosa. (Policlinico sezione pratica. Roma 1902-3, p. 273.)
- SELLERIN. — L'adipose douloureuse (syndrome de Dercum). Thèse de Paris, 1903.
- SICARD et ROUSSY. — Deux cas d'adipose douloureuse suivis d'ovariotomie. (Bul. et mém. soc. méd. hôp., oct. 1903, n° 31.)
- SILVESTRINI. — Studio clinico d'un caso d'adiposi dolorosa trattato col tiradene. (Bull. d. soc. Eustachiana, Camerino 1903.)
- SIMIONESCO. — Adipose douloureuse (Rev. neurol., juin 1901.)
- SPILLER (W.). — Report of three cases of adiposis dolorosa. (Méd. news., février 1898.)
- STRÜBING. — Ueber « adipositas dolorosa » und das « œdème blanc et bleu ». (Arch. f. Dermatol. u., Syph 1902.)
- TAPIE. — De la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Thèse de Paris, 1899.
- THIMM. — Adipositas dolorosa. Hambourg 1903.
- TUFFIER. — Lipomatose symétrique. (Bul. et mém. soc. chir., 1904, p. 54.)

VERGNES. — Adipose sous cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires. Thèse de Paris, 1877.

VITAUT. — Maladie de Dercum (adiposis dolorosa). Thèse de Lyon, 1901.

WEISS. — Ueber adiposis dolorosa. (Wien Klin., Worhusch 1903, p. 496.)

WEIRR MITCHELL. — Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, 1874.

WORTHINGTON. — De l'obésité. Thèse de Paris, 1876.

